REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

Delherm et Morel-Kahn (Paris). ***La rœntgenthérapie dans le traitement de la syringomyélie*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome XIV, n° 9, Septembre 1930). — Depuis l'observation princeps (1905) de Raymond, Oberthur et Delherm, de nombreux auteurs ont publié des cas; mais, au total, il ne semble pas que les observations publiées dépassent le chiffre de 150. A l'hôpital de la Pitié les auteurs ont eu 7 malades auxquels ils ont fait des traitements passagers et dont ils ne tiennent pas compte et 16 qu'ils ont traités suffisamment.

Ils utilisent actuellement des rayons moyennement pénétrants (25 cm. d'étincelle équivalente — 6 à 8 mm. d'aluminium) et donnent des doses moyennes par séries espacées. Ils irradient en dépassant largement la zone qui paraît atteinte, car il est impossible de connaître les limites exactes du gliome. Ils considèrent que le traitement doit être régulièrement et systématiquement prolongé. (Ils ont aussi quelquefois employé la radiothérapie pénétrante.

Les résultats ont été les suivants : *échecs : 5*; malgré le traitement, la maladie a continué à s'aggraver, il s'agissait de cas anciens et peut-être de formes spéciales. *Etats stationnaires:* 3. *Améliorations:* 8; diminution ou disparition des troubles de la sensibilité, de la faiblesse musculaire et des phénomènes parétiques, amélioration de la marche, de l'usage des mains (écriture, couture), augmentation de la force, constatable au dynomomètre, amélioration des troubles vaso-moteurs et trophiques des téguments; l'atrophie musculaire n'a été amendée que dans 1 cas. *Pas de guérison complète.*

Les résultats paraissent d'autant meilleurs que le traitement a été plus précoce. Il importe donc de dépister le début de l'affection.

A. Laquerrière.

J. Belot et G. Penteuil (Paris). ***Les opacités arrondies intrathoraciques*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome XIV, n° 10, Octobre 1930). — Cet article, magnifiquement illustré de 48 radiographies hors-texte, se termine par un tableau résumant les caractères distinctifs des opacités. C'est ce tableau dont nous allons présenter un raccourci.

1° *Ombres radiologiquement intra-pulmonaires.* — Kystes : *hydatique*, souvent unique, opacité homogène, sphérique, réactions de voisinage fréquentes; *dermoïde*, début dans le médiastin, opaque, toujours unique, nettement arrondi, contours nets, quelquefois contenant des dents ou des parties calcifiées; *hématique*, ombre arrondie unique, opaque, avec mouchetures à contours nets; *cysticercose*, ombres multiples arrondies, peu opaques, de faible diamètre — Tumeurs malignes : *sarcome* (primitif ou métastatique, souvent multiples, sphériques, contours nets et réguliers, parenchyme voisin sain, accroissement rapide; *cancer* (primitif ou secondaire) image plutôt ovalaire, opacité peu homogène, contours irréguliers, zone congestive de voisinage, réaction pleurale fréquente. — Tumeurs bénignes : *leucémie lymphoïde*, ombre arrondie peu opaque, contours irréguliers ombres médiastinales surajoutées, souvent parahilaires; *lymphogranulomatose*, masses médiastinales, noyaux pulmonaires multiples avec ou sans ombres d'infiltration pulmonaire en pinceau; neurinomes *ganglioneuromes*, sphère opaque, unique, d'origine médiastinale, tracée au compas; *pneumolithes* formes variées, opacité considérable caractéristique. — Processus infectieux : *pleurésie interlobaire*, ovalaire, bords estompés par réaction de voisinage, bord supérieur faiblement convexe; *abcès du poumon*, opacité diffuse grossièrement sphérique, contours estompés, réactions périphériques; *embolie septique*, en pièce de monnaie peu opaque; *lobite*, ombre peu homogène, à limite scissurale, fréquemment cavernes et altérations parenchymateuses; *gangrène*, foyer ovalaire, opaque, peu homogène, souvent caverne centrale, réactions de voisinage; *gomme*, ombre arrondie peu opaque, contours irréguliers souvent parahilaire. Sclérose pulmonaire fréquente. — Corps étrangers. Images caractéristique.

2° *Ombres radiologiquement pariétales.*— Kystes : *hydatique pleural*, souvent hémicercle, opaque, homogène, entouré d'une coque de pachypleuvrite; *hydatique costal*, ombre opaque, homogène, irrégulièrement ovalaire, accolée à la paroi, altération costale.— Tumeurs malignes : *sarcome*, ombres opaques hémisphériques, contours nets, suit le mouvement des côtes. — Tumeurs *bénignes*, aspect divers, diagnostic impossible. — Processus infectieux : *pleurésie enkystée*, ombre homogène, fusiforme, se raccordant tangentiellement à la paroi; *abcès froid*, même aspects avec altération costale. — Ectasies vasculaires : ombre très opaque souvent arrondie, animée ou non de battements.

3° *Ombres radiologiquement médiastinales.*— Tumeurs bénignes : *adénopathie banale*, volume moyen contours polycycliques, parfois noyaux calcifiés séparés juxtahilaires; *maladie de Hodgkin*, ombres souvent volumineuses, denses, polycycliques, englobant l'ombre médiane, quelquefois infiltrations parenchymateuses et noyaux à distance; *fibrome*, masse unique régulièrement arrondie, à bords nets, d'aspect kystique; *goitre plongeant*, ombre uni- ou bilobée latéro- ou suraortique, diminuant d'opacité et s'élevant à l'occasion de la toux ou de la déglutition. — Kystes : *hydatique*, bords réguliers, arrondis, médiastinite fréquente; *dermoïde*, ombre unique, opaque, souvent volumineuse, bords nets, parfois contenant dents et calcification. — Tumeurs malignes : *tumeur thymique*, ombre médiane de la partie supérieure du thorax, dans le médiastin antérieur, souvent bilobée, opaque, contours nets; *lymphadénome*, *lymphosarcome*, tumeur unique ou masses énormes à contours polycycliques, développement rapide; *cancer de l'œsophage*, ombre opaque, quelquefois arrondie, contours irréguliers, peu homogène, visible surtout dans le médiastin postérieur. — Processus infectieux : *abcès vertébral* ombre en fuseau ou en nid de pigeon, altération vertébrale.

4° *Ombres radiologiquement diaphragmatiques.*— *Néoplasmes*, opacité d'aspect kystique, mais évolution rapide. — *Kyste hydatique:* image en soleil couchant, ombre homogène, contours nets, accroissement lent. — *Pleurésie diaphragmatique:* aspect variable, rarement arrondi, parfois image diffuse. — *Rate ectopique*, ombre ovalaire appliquée contre les côtes gauches, hernie ou absence du diaphragme.

A. Laquerrière.

L'ENCÉPHALE (Paris)

Prof. H. Claude. ***Mécanisme des hallucinations: syndrome d'action extérieure*** (*L'Encéphale*, n° 5, Mai 1930). — C. reprend dans un article d'ensemble toutes les études qu'il avait consacrées aux hallucinations et à l'automatisme mental.

L'hallucination peut être parfois de cause organique, comme dans les tumeurs ou les lésions atteignant directement ou indirectement certaines régions du cortex. Dans ce cas, l'hallucination est tout objective, elle est anidéique et inaffective, la personnalité affective du sujet n'y est point intéressée, le malade sait que les perceptions ne répondent à aucune réalité, il ne fonde sur elles aucun délire. C'est l'hallucinose de Séglas et de Dupré.

Les véritables hallucinations, qui intéressent l'affectivité, sont toutes intérieures; elles ne représentent que le retentissement exagéré du langage intérieur (hyperendophasie); les visions ne sont que l'extériorisation des préoccupations, des craintes des ruminations psychiques du malade et leur thème est intimement lié à sa vie psychique. Si l'intoxication intervient, elle n'est pas la cause directe de l'hallucination, elle ne fait que la favoriser en jetant sur la réalité extérieure le voile de la confusion et en laissant le sujet à sa vie intérieure.

On comprend aisément dans ces cas le mécanisme du syndrome d'action étrangère. Chez des sujets ainsi obnubilés, ainsi possédés par leurs préoccupations, on conçoit facilement la tendance du malade à attribuer à autrui ce qui répugne à sa propre personne ou ce qui dans ses idées lui semble supérieur à sa propre nature.

Cette théorie diffère de celle de de Clérambault, de Logre et d'Heuyer pour qui l'hallucination ne peut se comprendre sans une lésion, une altération, une intoxication cérébrale aussi légère soit-elle; cette altération donne tout d'abord au sujet un sentiment d'étrangeté que l'hallucination et le délire ne tendraient qu'à expliquer, qu'à justifier.

M. Nathan.

A. Rouquier. ***L'hyperexcitabilité mécanique des muscles et le « signe de la fesse »; symptôme de perturbation extra-pyramidale unilatérale ou à prédominance unilatérale*** (*L'Encéphale*, n° 5, Mai 1930). — R. a mis en évidence un phénomène d'hyperexitabilité idio-musculaire, qui peut siéger sur différents muscles, mais qui est plus net au niveau de la fesse. Il suffit, pour le provoquer, de placer le sujet dans le décubitus ventral, de lui recommander de se décontracter complètement et de percuter la fesse soit avec le doigt, soit avec un marteau.

L'interprétation de ce signe est d'autant plus facile qu'il est unilatéral; il peut se superposer parfois à une rigidité à type parkinsonien, mais, dans ce cas, la consistance du muscle est modifiée.

Les modifications de la contractilité électrique ne sont pas constantes. A ce signe s'ajoute parfois une asymétrie des réactions vaso-motrices. Le point important de cette étude est que ce signe, si facile à mettre en évidence, indique à coup sûr une lésion extrapyramidale. Il permet donc, en cas de doute, dans les syndromes frustes, d'affirmer une participation organique.

M. Nathan.

L'ODONTOLOGIE (Paris)

Hulin. ***Importance de la dissociation et de l'équilibre ionique en biologie*** (*Odontologie*, tome LXVIII, 30 Août 1930). — H. reprend, par la méthode électrométrique, les études du pH salivaire qui ont déjà fait l'objet de la *Thèse* de Mlle Oppenot. Il aboutit aux conclusions suivantes :

1° Chez les sujets normaux, le pH salivaire est légèrement acide;

2° L'action digestive de la ptyaline requiert une légère acidité : elle est contrariée par pH trop alcalin ou trop acide;

3° Pour Mlle Oppenot, le blocage de la fonction amylolytique favorise la production de la carie, car il laisse de l'amidon entre les dents. Cette substance fermentescible devient l'aliment facile du microbe qui le transforme en acide, d'où attaque de la dent. Or, la ptyaline transforme l'amidon en deux dextrines, puis en maltose et sucre interverti. De même, les microbes transforment l'amidon en deux dextrines, puis en maltose, mais leur action va plus loin et aboutit à la production d'acide lactique et acétique. Le blocage de la fonction amylolytique

ne favorise donc pas l'action microbienne, mais au contraire nécessite pour le microbe un surcroît de travail, en l'obligeant à effectuer lui-même la transformation complète de l'amidon;

4° Le pH salivaire est indifférent pour la production de la polycarie;

5° Il y a légère alcalinité salivaire chez les pyorrhéiques;

6° Le dépôt de tartre est fonction de l'alcalinité salivaire;

7° Le pH salivaire est parallèle au pH urinaire et fonction de la réserve alcaline sanguine;

8° Le pH salivaire n'est pas modifié par le pH des foyers septiques voisins. Dans les foyers infectieux aigus, l'acidité est régulièrement croissante de la périphérie au centre. Dans les foyers infectieux chroniques, le pH se rapproche de la neutralité.

C. Ruppe.

REVUE DE STOMATOLOGIE

(Paris)

Chompret et Dechaume. ***Actinomycose raréfiante du maxillaire inférieur*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXII, n° 8, Août 1930). — C. et D. rapportent une forme tout à fait anormale d'actinomycose mandibulaire. Les parties molles étaient en effet respectées et le tissu osseux était frappé d'ostéite raréfiante. « L'os était perforé par un certain nombre de pertuis peu profonds dont chacun contenait des fongosités rappelant du frai de poisson. » Pas de séquestres. Après curettage, la guérison n'a été obtenue que par l'administration d'iodure de potassium et le badigeonnage de la cavité avec de l'iodargol. C. Ruppe.

Costes et Crocquefer. ***Ostéomyélite aiguë du maxillaire inférieur consécutive à une plaie de la muqueuse buccale chez un tabétique*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXII, n° 8, Août 1930). — C. et C. relatent l'observation d'un sujet atteint d'un tabes à accidents osseux, d'un tabes avant tout squelettique. Cet homme édenté et ayant des maxillaires très résorbés, fit une ostéomyélite mandibulaire. Le point de départ en fut une plaie atone muqueuse, ce qui constitue une étiologie rare. Cette ostéomyélite aboutit à une séquestration limitée et guérit par l'association du traitement local et du traitement anti-syphilitique. C. Ruppe.

PARIS MÉDICAL

I. Pavel, St. M. Milcou et I. Radvan. ***L'action de la morphine sur le foie*** (*Paris Médical*, tome XX, n° 32, 9 Août 1930). — La coloration terreuse des téguments, la décoloration des matières, la constipation opiniâtre des morphinomanes, ont été attribuées à la diminution de la quantité de bile dans l'intestin. D'autre part, les images les plus suggestives d'opacification de la vésicule biliaire, après l'injection préalable de tétraiode, coïncident avec les cas où l'on a injecté de la morphine.

Pour éclaircir ces phénomènes et juger l'action de la morphine sur le foie et la sécrétion biliaire, les auteurs ont entrepris une série d'expériences chez le chien.

Après installation d'une fistule biliaire et section du cholédoque, la sécrétion biliaire recueillie d'heure en heure, pendant cinq heures, montre que la morphine inhibe de façon impressionnante la sécrétion de la bile. L'inhibition apparaît dix à quinze minutes après l'injection, s'accroît jusqu'à supprimer la sécrétion après deux ou trois heures. Après sept heures, le flux biliaire revient lentement à la normale. La bile post-morphinique devient visqueuse, filante, de couleur sombre, la mucine augmente. Il existe une légère dissociation entre la diminution de la quantité de la bile et des pigments en faveur de ces derniers.

Les auteurs ont cherché aussi l'action de la morphine sur la fonction antitoxique du foie, étudiée par la méthode d'exploration au rose de Bengale. « La morphine, administrée à la dose de 0 gr. 01, atteint la fonction chromagogue, qui est une modalité de la fonction antitoxique du foie; elle augmente en effet le taux de la rétention normale du rose de Bengale.» La rétention est d'autant plus grande que la dose de morphine est plus forte.

Après l'administration de morphine, la quantité d'urobiline dans les urines est légèrement augmentée; l'apparition se fait une à quatre heures après.

Ni la section des deux vagues, ni l'injection d'atropine pour paralyser les terminaisons parasympathiques n'empêchent l'augmentation de la rétention du rose de Bengale après la morphine.

Après une alimentation hypersucrée, la rétention des substances colorantes et l'inhibition de la sécrétion biliaire après injection de morphine sont moins grandes. Ces expériences semblent démontrer que la morphine agit directement sur la cellule hépatique et non par l'intermédiaire du système nerveux; la circulation ne semble pas jouer un grand rôle.

Les cas de mort après injection de morphine ont été constatés chez les hépatiques avérés; le foie retient la plus grande partie de la drogue.

Tous ces faits montrent qu'il faut surseoir à l'application d'une morphine toutes les fois qu'il existe une lésion du foie avec insuffisance de cet organe.

Robert Clément.

M. Aubrun. ***Les variations de la mortalité générale et l'organisation médico-sociale; l'exemple de la Suède*** (*Paris médical*, tome XX, n° 32, 9 Août 1930). — La Suède est un des pays où l'on compte proportionnellement le plus faible taux de mortalité. Un premier élément capital est la faible densité de la population sur le territoire (13,6 habitants au kilomètre carré), un autre est que la majeure partie de la population (70 pour 100) est fixée à la campagne. La Suède ne compte que 16 villes ayant plus de 20.000 habitants. La Suède n'a pas échappé au mouvement d'industrialisation qui est la caractéristique économique de ces dernières années, mais les conditions d'existence n'ont cessé de s'améliorer. Le travailleur suédois se classe sous les rapports des conditions d'existence immédiatement après l'ouvrier américain; c'est un privilégié comparé à ses collègues du continent européen.

L'excellent bilan sanitaire s'explique encore par l'organisation médico-sociale du pays. L'hygiène est pratiquée par tous et ses principes sont largement diffusés.

Les services administratifs relatifs à l'hygiène sont groupés sous une direction unique, la Direction générale de la médecine, qui comporte 4 divisions: une, consacrée à l'exercice de la médecine, aux asiles, aux hôpitaux et à l'hygiène; une division de pharmacie, une vétérinaire et une division de comptabilité. Les services d'hygiène sont confiés, pour la presque totalité, à des médecins qui sont aidés par des infirmières visiteuses; le programme comprend 1.200 infirmières, soit 1 pour 5.000 personnes. Une institution spéciale à la Suède est celle des gymnastes médicaux qui vulgarisent la place de la gymnastique dans la pratique de l'hygiène.

A côté de l'organisation officielle, l'action de l'initiative privée n'est pas moins importante. La part de la Croix-Rouge suédoise dans la lutte contre les maladies évitables et la propagande hygiénique est considérable.

L'assurance-maladie n'est pas obligatoire, elle est faite dans de bonnes conditions par les caisses-maladie qui correspondent à nos sociétés de secours mutuels.

Le système de défense opposé aux maladies évitables se développe sur un front continu où il n'y a place pour aucune infiltration.

Une législation antialcoolique très rigoureuse a permis d'obtenir en tous points des résultats remarquables. Les cas d'ivresse sont tombés de 59.000 en 1913 à 30.000 en 1923. Le nombre d'alcooliques soignés à Stockholm, à l'hôpital spécialisé de Sainte-Catherine, est passé de 584 en 1913 à 156 en 1926. On estimait en 1927 à près de 400.000 le nombre des personnes affiliées à des sociétés de tempérance.

Robert Clément.

M. Villaret et L. Justin-Besançon. ***Action des eaux minérales sur le muscle bronchique*** (*Paris médical*, tome XX, n° 31, 2 Août 1930). — L'influence heureuse de certaines cures thermales sur les spasmes de la musculature intrinsèque du poumon, sur les diverses formes de l'asthme et ses équivalents, constitue « l'un des plus beaux fleurons de la crénothérapie ». Les eaux du Mont-Dore, de La Bourboule, de Saint-Honoré semblent agir directement sur le muscle bronchique ou tout au moins sur le système neuro-musculaire qui conditionne le spasme bronchique.

Grâce à une technique expérimentale qu'ils ont perfectionnée, V. et J.-B. se sont livrés à des recherches physiologiques et pharmaco-dynamiques sur l'action des eaux minérales sur le muscle bronchique isolé: les contractions musculaires sont inscrites sur un enregistreur électrique tournant très lentement.

Après avoir contrôlé l'action sur le muscle bronchique des excitants et des dépresseurs, celle d'un certain nombre de produits utilisés en thérapeutique, ils ont étudié l'action des eaux minérales en dissociant l'effet de chacun des éléments importants de ces eaux. La concentration moléculaire, la concentration en ions H, les gaz dissous, les ions électro-positifs et électro-négatifs, la radio-activité ont chacun une influence sur la contraction ou le relâchement du muscle bronchique.

Les eaux du Mont-Dore, ramenées à l'isotonie, n'ont sur le muscle bronchique normal qu'une action relâchante très faible, les sels totaux extraits de l'eau également. Sur la bronche contractée, l'eau du Mont-Dore produit un relâchement assez rapide et très marqué, les sels ont beaucoup moins d'action.

L'eau de La Bourboule est isotonique: l'eau pure de la source Choussy détermine un relâchement marqué de la bronche contracturée.

Sur le muscle bronchique isolé en tonus normal, l'eau de Saint-Honoré produit une très légère contraction suivie d'un relâchement aussi peu marqué; sur le muscle bronchique contracturé, on obtient un relâchement assez net.

L'eau de Challes, ramenée à l'isotonie, entraîne un remarquable relâchement du muscle bronchique normal, mais n'a qu'un effet à peu près nul sur la bronche à l'état de spasme.

L'eau de Vichy Grande-Grille détermine une contraction sur la bronche normale et ne provoque aucun relâchement sur le muscle contracté.

Il faut interpréter avec prudence ces résultats expérimentaux, ne pas se hâter d'en transposer les données dans le domaine clinique, mais l'étude pharmaco-dynamique des eaux minérales crée un nouveau champ d'exploration qui peut aboutir à des résultats féconds.

Robert Clément.

A. Mougeot (Royat). ***Comment les acquisitions physiologiques récentes sur les fonctions de la peau éclairent le problème de la balnéologie*** (*Paris médical*, tome XX, n° 31, 2 Août 1930). — La peau a des fonctions d'ordre très divers: respiratoire, circulatoire, diastasique, nerveuse, phylactique.

La peau imperméable aux liquides est perméable aux ions et surtout aux gaz. Elle constitue un poumon accessoire, éliminant facilement l'acide carbonique et capable de laisser pénétrer de l'oxygène. Le bain carbo-gazeux agit essentiellement par le gaz résorbé à travers la peau, charrié en léger excès dans le sang circulant, exerçant un effet tonique sur le myocarde, vaso-dilatateur sur tous les vaisseaux et excitant les fonctions respiratoires et cardio-frénatrices.

La peau est perméable à l'oxygène, mais celui-ci ne pénètre de dehors en dedans que si sa tension est nettement supérieure à 50 millimètres Hg.

La résorption des gaz thermaux à travers la peau (gaz sulfhydrique des stations sulfureuses, hélium des sources radio-actives) expliquent les effets des cures externes dans les stations comme Plombières, Luxeuil, etc... effets dont la nature paraissait jusqu'ici mystérieuse encore que les résultats fussent cliniquement indéniables.

La peau est un organe exceptionnellement riche en capillaires, son contenu sanguin représente à peu près le tiers de l'appareil circulatoire : tous les procédés hydrologiques servent à réveiller, stimuler, amplifier les fonctions du « cœur cutané ».

La peau s'est récemment révélée comme une source de diastases et par suite comme une véritable glande endocrine; les procédés balnéaires activeraient cette fonction. Ainsi s'expliquerait l'action des traitements externes de Vichy et de Châtel-Guyon dans les cas de déficience diastasique des divers segments du tube digestif et de ses annexes.

Le rôle de la peau dans l'immunité a été démontré par de nombreuses expériences notamment sur le charbon.

Une cure thermale par moyens externes entraînerait une augmentation de la résistance de l'organisme aux infections intercurrentes.

La peau est non seulement un régulateur de la composition gazeuse de nos milieux intérieurs, non seulement une partie essentielle du très important système de la régulation thermique chez les homéothermes, mais encore une sorte d'épanouissement du système nerveux végétatif. Ainsi s'expliquent les effets calmants et soporifiques de la douche tiède, des bains chauds et radio-actifs, les effets hypotenseurs des bains tièdes et carbo-gazeux de Royat. C'est par l'intermédiaire du système nerveux végétatif que les cures externes agissent sur les glandes endocrines et sur le métabolisme basal.

On voit quel rôle la peau joue en physiopathologie et comment peuvent s'expliquer les heureux effets des cures hydro-minérales.

Robert Clément.

BRUXELLES MÉDICAL

Dujardin et Wiser (Bruxelles). ***Les intradermoréactions positives au « luotest » dans la syphilis allergique précoce et tardive*** (*Bruxelles médical*, tome X, n° 42, 17 Août 1930). — D. et W. ont étudié les réactions des syphilitiques à l'injection intradermique d'un 1/10 de centimètre cube d'un antigène syphilitique, soit le « luotest » de Muller et Brandt, préparé par extraction d'organes hérédo-syphilitiques, soit celui de Busson, obtenu par extraction, en partant de syphilomes de lapin riches en tréponèmes.

Ces recherches ont porté sur 113 malades. La réaction est souvent difficile à interpréter; la lecture se fait vingt-quatre et quarante-huit heures après. Ont présenté une intradermoréaction négative : 23 sur 23 cas de syphilis primaires, 14 sur 19 cas de syphilis secondaires généralisés, 7 sur 10 cas de syphilis secondaires localisées, 9 sur 19 cas de syphilis latentes, 3 sur 10 cas de syphilis tertiaires, 12 sur 18 P. G. cliniques ou sérologiques, 9 sur 10 tabétiques. Ces résultats montrent « l'allergisation précoce de syphilis récentes traitées, ensuite l'allergisation tardive de syphilis anallergiques tardives obtenue par la malarisation de la P. G. et peut-être sous l'influence d'injection de protéines dans un cas de tabès.

« Expérimentalement, on provoque et développe l'allergie par des injections successives d'antigène, du sérum de cheval par exemple. Ce résultat est aussi bien atteint quand, par un moyen énergique, on vient à détruire brusquement de nombreux tréponèmes. Ceux-ci mettent brutalement dans l'organisme leurs protéines, réalisant de ce fait l'homologue d'une véritable infection antigénique. »

L'allergisation progressive se révèle par l'apparition de lésions tertiaires précoces, elle est nettement indiquée en dehors de toute récidive par l'apparition des intradermopositives à la luétine, soit après le traitement de la syphilis récente, soit dans le cas de P. G. malarisée.

Robert Clément.

ZEITSCHRIFT für KREISLAUFFORSCHUNG (Leipzig et Dresde)

G. Dell'Acqua (Bologne). ***Influence de la position du corps et de l'ingestion de nourriture sur la pression artérielle aux extrémités supérieures et inférieures*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, tome XXII, n° 13, 1er Juillet 1930). — Les auteurs ne sont pas d'accord sur les modifications de la pression artérielle consécutives aux repas D., reprenant cette question, a constaté, d'abord. que dans les vingt à soixante minutes qui suivent un repas copieux la pression systolique dans l'artère humérale ou dans la pédieuse, mesurée dans le décubitus et dans la station verticale, chez le même sujet à des jours différents, est loin d'avoir une valeur constante; qu'ensuite, en règle générale, elle demeure inchangée ou s'élève un peu, le plus souvent de 10 mm. Hg, exceptionnellement de 15 à 20 mm. Dans des cas assez rares on note une diminution de pression (jusqu'à 14 mm.) chez des sujets vasculairement sains. Mêmes constatations chez les artérioscléreux non hypertendus. Un sujet atteint de troubles pluriglandulaires présenta une chute de pression accentuée aux membres supérieurs; deux addisoniens, une forte élévation de pression aux membres inférieurs dans la station debout. Chez les cardiaques décompensés on trouva une instabilité très grande de la pression et des variations accentuées dans les deux sens.

Il est difficile d'interpréter ces constatations. L'élévation post-prandiale des addisoniens aux membres inférieurs s'expliquerait par une hypotension prononcée dans le territoire vasculaire splanchnique.

D. a constaté maintes fois des chiffres de pression discordants après le repas aux membres supérieurs et inférieurs et dans le décubitus et dans la station debout, ce qui l'a conduit à étudier l'influence de la position du corps sur la pression artérielle, question encore très controversée.

Il a trouvé d'abord que les variations chez le même sujet lors de plusieurs mensurations sont généralement de même sens. Dans la majorité des cas, la pression est plus élevée à la jambe qu'au bras, et ce fait est d'ordinaire encore plus net dans la station debout que dans le décubitus.

Il arrive qu'on note aussi une pression égale à la jambe et au bras chez des sujets normaux, mais beaucoup plus souvent chez des cardiaques décompensés, des artérioscléreux, des hyperthyroïdiens et surtout dans l'angine de poitrine. On ne trouve qu'exceptionnellement une pression plus basse à la jambe qu'au bras, et seulement dans des affections vasculaires ou cardiaques graves.

La pression à la radiale, chez les sujets vasculairement normaux, est le plus souvent un peu plus élevée dans la station que dans le décubitus, mais elle peut être aussi égale ou plus basse. Dans les troubles circulatoires, l'égalité de pression est plus fréquente que chez les sujets normaux. Par contre, la pression dans la pédieuse augmente dans la très grande majorité des cas lorsque le sujet se lève; cette augmentation est très nette dans l'insuffisance aortique. Une baisse de pression ou l'absence de modification en pareil cas se voit exceptionnellement chez les sujets sains, un peu plus souvent chez les sujets atteints de désordres vasculaires.

P.-L. Marie.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin, Prague, Vienne)

G. Schlomka. ***Nouvelles données sur la physiologie de la sénescence et applications cliniques*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 29, 18 Juillet 1930). — S. s'est attaché, depuis 5 ans, avec le Prof. M. Bürger, à étudier par une méthode chimique le problème de la sénescence. Il a choisi, comme matériel de dosage, des tissus qui jouissent d'une irrigation sanguine particulièrement pauvre, ceux auxquels M. Bürger donne le nom de « tissus bradytrophiques » : cartilages costaux, cristallin, cornée, tympan, et couches les plus internes de la paroi des gros vaisseaux (intime et deux tiers internes de la média).

Ces tissus ont l'avantage de subir au maximum les altérations séniles, et au minimum les modifications pathologiques dues à l'affection terminale. Les catégories de tissus étudiés (cartilages costaux humains, des cristallins et des cornées de bœufs, puis des tissus moins strictement « bradytrophiques » : peau et aorte humaines.

Les dosages pratiqués sont au nombre d'environ 1.200. Les premiers ont porté sur la teneur en eau et en albumine. Ils ont mis en valeur pour les quatre catégories des tissus étudiés (cartilages costaux humains, peau humaine, cristallin et cornée de bœuf) une loi identique, qui se traduit par des courbes à peu près superposables, et qui peut exprimer par une formule mathématique le rapport direct logarithmique entre l'âge et les quantités de résidus secs contenues dans les tissus étudiés. Les courbes sont exactement les mêmes pour l'azote total que pour le résidu sec : le processus se réduit donc vraisemblablement à une simple concentration par déshydratation.

S. a ensuite dosé, avec M. Bürger, certaines substances d'encrassement de ces mêmes tissus : le calcium des cartilages costaux et de l'aorte humaine, la cholestérine du cristallin de bœuf. Pour ces trois tissus, les courbes sont identiques, et peuvent s'exprimer par une même loi mathématique, de type logarithmique. Mais cette loi est inverse de celle qui régit l'augmentation du résidu sec. Tandis que ce dernier augmente très vite dans les premières années, et de plus en plus lentement au fur et à mesure que l'âge avance, les substances d'encrassement augmentent lentement dans les premières années et de plus en plus vite chez les vieillards. Il s'agit d'une précipitation progressivement accélérée des substances difficilement solubles, dont l'histologie montre le siège d'élection au voisinage des terminaisons vasculaires, et qui paraît être liée au vieillissement des colloïdes organiques.

Des dosages de cholestérine pratiqués dans la cornée de bovins a montré également un enrichissement progressif avec l'âge, mais sans mettre en valeur une courbe aussi caractéristique.

Des dosages de cholestérine dans l'aorte humaine, au contraire, ont fait apparaître une courbe d enrichissement plutôt dégressive en fonction de l'âge. Les aortes franchement athéromateuses avaient été éliminées, il est vrai, ce qui peut fausser les moyennes.

Par application de ces recherches biochimiques, S. explique, par les lois de sénescence qu'il vient d'étudier, l'arc sénile de la cornée (entièrement indépendant de toute hypercholestérinémie) l'athérome artériel (dont l'hypercholestérinémie ne rend pas compte non plus), enfin le rhumatisme déformant sénile.

S. expose, en terminant, sa conception générale de la sénescence. C'est une erreur de vouloir expliquer celle-ci par les altérations de tel ou tel organe ou de tel ou tel système : appareil vasculaire, système nerveux, glandes sexuelles. La sénescence est un processus généralisé, qui affecte simultanément et d'une manière harmonique tous les appareils. Mais certains facteurs individuels, constitutionnels

ou accidentels, peuvent déterminer une sénescence dysharmonique qui effecte d'une manière excessive ou prématurée tel ou tel appareil, et qui acquiert un caractère pathologique.

Pour illustrer le caractère harmonique des processus de sénescence dans les différents organes, S. superpose les courbes obtenues en inscrivant, suivant l'âge, les poids moyens des testicules, de la rate, et d'une surface donnée de peau. Les trois courbes sont à peu près identiques; elles ont, toutes trois, leur point maximum aux alentours de 30 ans.

J. Mouzon.

H. Gerhartz. ***Adénopathie intrapulmonaire*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 29, 18 Juillet 1930). — G. attire l'attention sur des images particulières qu'il a observées parfois dans le champ pulmonaire, soit au cours d'examens radioscopiques, soit, — et de préférence, — sur des plaques radiographiques. Il s'agit de petites taches régulièrement arrondies, bien limitées, franchement opaques, qui sont tantôt isolées, tantôt multiples, mais qui, dans ce dernier cas, présentent toujours un caractère particulier: qu'elles soient groupées ou très éloignées les unes des autres, qu'elles soient égales (ce qui est la règle) ou inégales, unilatérales ou bilatérales, elles ont toujours tendance à se disposer sur des cercles parallèles, qui ont pour centre le hile. Les dimensions des taches ne dépassent généralement pas celles d'un grain de chènevis. La plus grosse tache, que G. a vue, avait 2 1/2 cm. de diamètre.

G. énumère les raisons pour lesquelles il se refuse à voir, dans ces taches, des foyers tuberculeux primaires, ou des nodules de tuberculose disséminée à petites taches, ou des tubercules péribronchiques. Pour lui, il s'agit d'adénopathies intrapulmonaires, dont l'infection a un point de départ hilaire et une marche centrifuge.

Ces adénopathies intrapulmonaires seraient le plus souvent d'origine tuberculeuse. Elles témoignent généralement d'une évolution bénigne de la tuberculose. Cependant, G. a vu ces mêmes images chez deux asthmatiques, chez un convalescent de pleurésie purulente, chez une jeune fille de 15 ans parfaitement bien portante. Dans un cas de lymphosarcome du médiastin, il a vu des taches intrapulmonaires qui affectaient la même disposition, mais qui étaient beaucoup plus volumineuses.

On peut remarquer que G. n'apporte aucun document anatomo-pathologique à l'appui de sa conception.

J. Mouzon.

E. Aron. ***Cœur, tension artérielle et climat d'altitude*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 29, 18 Juillet 1930). — C'est un préjugé assez répandu, parmi les médecins et aussi dans le public, que les stations d'altitude sont interdites à tout sujet atteint d'affection cardiaque ou d'hypertension artérielle, ou à tout malade qui a déjà subi un ictus. Stählin (de Bâle), Stäubli (de Berne) ont déjà combattu cette opinion, A. examine les différentes actions de l'altitude sur le cœur, sur la circulation, sur le sang, et essaye de fixer les indications et les contre-indications de la montagne dans les affections cardiovasculaires.

Il est certain qu'un cardiaque décompensé, un hypertendu qui a déjà eu un ictus, ou qui présente des troubles fonctionnels, ne doivent pas être envoyés à la montagne. Mais un cardiaque ou un hypertendu dont le cœur possède encore une réserve de puissance suffisante, et dont les vaisseaux ne sont pas trop fragiles, peut se trouver fort bien d'un séjour à une altitude de 1.000 à 2.000 m., surtout dans une station qui permet des promenades à plat (Haute Engadine), les courses de montagne étant, bien entendu, interdites.

Les recherches entreprises jusqu'à présent, soit chez des alpinistes, soit chez des aéronautes, soit dans la chambre pneumatique, au sujet de la fréquence du pouls, du nombre des hématies, du taux de l'hémoglobine, de l'absorption d'oxygène par l'organisme, de la vitesse de circulation du sang, de la pression artérielle, sont souvent peu démonstratives ou contradictoires. A. conclut, après discussion, que l'action favorable est due surtout à l'augmentation de la richesse du sang en hématies et en hémoglobine (par excitation de la moelle osseuse), à l'intensité de l'irradiation solaire, à la sécheresse de l'air, qui peut déterminer une certaine déshydratation des tissus, utile au cœur, aux vaisseaux et aux reins, enfin à la diminution du métabolisme basal, qui expliquerait l'action souvent très favorable de l'altitude sur les syndromes basedowiens.

Pour vérifier l'action de l'altitude sur le pouls et sur la tension artérielle, A. a mis des malades dans une chambre pneumatique, à la pression de 590 mm. Hg., correspondant à une altitude de 2.000 m. Une mitrale et une hypertendue bien compensées n'ont présenté aucun trouble lors de l'établissement de cette pression en un quart d'heure (baisse de pression plus rapide qu'on ne la réalise jamais en montagne), ni lors du retour à la pression initiale; la fréquence du pouls a légèrement diminué chez l'une et chez l'autre; la pression artérielle est restée stationnaire chez la cardiaque, elle a baissé de 16 cm. à 14 cm. 3 chez l'hypertendue. Au contraire, une cardiaque et une hypertendue décompensées ont éprouvé un peu de dyspnée et de malaise passagers lors de l'expérience; chez la cardiaque, il y eut ralentissement du pouls dans l'air raréfié, et diminution de la pression artérielle, avec retour aux chiffres de départ à la fin de l'expérience; chez l'hypertendue, la baisse de pression atmosphérique a déterminé une accélération du pouls, qui s'est encore accentuée après l'expérience; la pression artérielle, qui était restée stationnaire dans l'air raréfié, a baissé de 2 cm., après retour à la pression atmosphérique normale.

J. Mouzon.

H. Schneider. ***Clinique et thérapeutique de l'« intoxication benzolique » chronique professionnelle*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 30, 25 Juillet 1930). — Un homme de 59 ans, qui travaillait depuis 35 ans dans une fabrique de pneus, vient consulter pour faiblesse générale, perte des couleurs et enflure des jambes le soir. Loin d'avoir maigri, il a pris, au contraire, depuis quelque temps, un embonpoint progressif. On note chez lui une anémie marquée (2.200.000 globules rouges avec valeur globulaire supérieure à l'unité), du subictère des conjonctives, avec urobilinogène dans les urines et augmentation du taux de la bilirubinémie, quelques hématies nucléées, quelques myélocytes neutrophiles (8 pour 100), une diminution du nombre des plaquettes (114.000), une courbe de résistance globulaire, s'étendant de 0,42 à 0,24. Il y avait de l'HCl libre dans l'estomac, il n'y avait pas de sang dans les selles, pas de signe clinique ni radiologique de tumeur du tube digestif.

Deux semaines plus tard, et malgré un traitement arsenical, l'état s'était aggravé: du purpura avait fait son apparition. Une transfusion sanguine fut pratiquée, avec 400 cmc de sang du même groupe (IV). Deux jours après, il se produisit une élévation thermique à 38°9. L'état hématologique était stationnaire, mais on notait l'existence de quelques hématies basophiles.

Deux mois plus tard, l'anémie et le subictère s'étaient accentués. On trouvait 1.690.000 globules rouges, 3 pour 100 de myélocytes neutrophiles et 1 pour 100 de myélocytes basophiles. Une nouvelle transfusion de 400 cmc provoqua encore une légère ascension thermique, une petite albuminurie et une leucocytose à 17.000.

Le malade, de nouveau sorti de l'hôpital, mourut subitement un mois plus tard.

A la même époque, le fils de ce malade, âgé de 30 ans, qui travaillait depuis un an dans la même usine, et qui avait, lui aussi, une tendance à l'obésité, présenta, à son tour, de la fatigue et de la pâleur progressives, puis du purpura.

Il avait 2.340.000 globules rouges, 1.320 globules blancs avec 54 pour 100 de polynucléaires neutrophiles, 1 pour 100 d'éosinophile, de la poïkilocytose, beaucoup d'hématies basophiles et quelques hématies nucléées.

Le nombre des plaquettes était de 116.000. Il y avait de l'urobilinogène dans les urines. La courbe de résistance globulaire allait de 0,36 à 0,26. Le suc gastrique contenait des traces d'HCl libre; les selles ne contenaient pas de sang.

Après une semaine de traitement ferrugineux, le nombre des globules rouges remonta à 2.690.000, mais les globules blancs tombèrent à 940 puis à 740, avec 47 pour 100, puis 46 pour 100 seulement de polyneutrophiles, et 1 pour 100 d'éosinophile. En même temps apparut une fièvre continue, du type typhoïde, qui se maintint une semaine. Les hémocultures restèrent négatives. Une transfusion de 400 cmc, faite avec du sang du même groupe, fut très mal supportée; elle fut suivie de fièvre à 39°6, d'hémoglobinurie, puis de grosse albuminurie, enfin de subictère et d'hémorragies gingivales. La température tomba brusquement le quatrième jour après la transfusion. Les globules rouges étaient à 1.820.000, mais il y avait 1.200 globules blancs.

Le malade guérit; deux mois après, le nombre des globules rouges était de 3.570.000, celui des globules blancs de 3.400. Après deux autres mois, les chiffres étaient de 4.780.000 et de 3.400 avec 57 pour 100 de polyneutrophiles. La guérison se maintient depuis 3 ans.

Ces observations sont très analogues à celles d'anémies graves, de purpuras hémorragiques, d'aleucies hémorragiques, que l'on a rapportées de tous côtés à l'intoxication chronique ou subaiguë par le benzol. Ce qui nous paraît le plus digne d'être souligné, c'est d'abord qu'elles concernent le père et le fils, obèses l'un et l'autre, et qu'elles posent la question de la prédisposition constitutionnelle et du rôle que jouent, dans cette prédisposition, les lipoïdes de la moelle osseuse, pour lesquelles l'affinité du benzol est connue; c'est ensuite la mauvaise tolérance des deux malades à l'égard de transfusions sanguines, cependant pratiquées avec toutes les garanties requises; c'est enfin, dans le deuxième cas, la guérison d'un syndrome grave d'agranulocytose », ou plus exactement d'aleucie hémorragique.

A titre prophylactique, S. propose d'éliminer les obèses des industries qui emploient le benzol, de contrôler l'état hématologique des ouvriers exposés, toutes les 3 à 6 semaines (la lymphocytose serait le meilleur signe d'alarme), enfin de substituer, comme on a de plus en plus tendance à le faire, la benzine au benzol, beaucoup plus dangereux.

J. Mouzon.

L. Dinkin. ***Les formes larvées et frustes d'avitaminoses et d'autres états de carence dans la pratique quotidienne*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 30, 25 Juillet 1930). — D. attire l'attentions sur des états de carence alimentaire frustes, qu'on observe actuellement en Allemagne.

Il signale, tout d'abord, les états d'anémie qu'il a vus persister chez des malades atteints d'ulcères de l'estomac ou du duodénum, à la suite d'un régime trop longtemps prolongé de lait et de beurre, qui ne contient pas de trace de fer. Cependant, l'hémorragie digestive a cessé depuis longtemps, et, seule, l'administration pérorale ou intraveineuse de fer détermine le relèvement du nombre des globules rouges, dont les examens hématologiques quotidiens permettent de suivre de jour en jour les progrès rapides.

Dans une autre catégorie de faits, il s'agit de colitiques, qui obéissent strictement à une ordonnance médicale trop sévère, ou d'hypochondriaques qui restreignent volontairement leur alimentation, ou de névropathes qui poussent trop loin une cure

d'amaigrissement. D. rapporte trois cas de scorbut bien caractérisé, qu'il a observés dans ces circonstances, et il suppose que bien des cas de stomatites, de gingivites, de douleurs rhumatoïdes, de purpuras, que l'on observe chez des miséreux à la fin de l'hiver ou au printemps, pourraient être dus à la privation des fruits et des légumes verts. L'ingestion de fruits frais, de radis ou de tomates crues, ou simplement de légumes verts peu cuits et pris avec leur eau de cuisson, fait disparaître rapidement ces symptômes.

Enfin, dans les infections prolongées telles que la fièvre typhoïde, ou dans la cachexie des cancéreux, on observe parfois des complications, telles que névrites, decubitus aigu, furonculose, dermatoses, prurit, qui seraient dues exclusivement au régime trop uniforme suivi par les malades et à la carence en vitamine B, et que S. rapproche de la pellagre. Il est facile de combattre ces accidents par la levure de bière.

La carence en vitamine A antixérophtalmique a été souvent observée, par larges épidémies, pendant la guerre. Actuellement, on ne la voit plus guère. Tout au plus pont-on lui attribuer l'héméralopie qui se rencontre parfois dans les cachexies et dans les états d'inanition.

J. Mouzon.

H. Sellheim. ***L'atténuation de la douleur pour chaque femme à l'heure pénible de l'accouchement*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 30, 25 Juillet 1930). — S. fait un long et ardent plaidoyer en faveur d'une médication analgésique, qui devrait à son avis être mise à la disposition de toutes les femmes en travail. Le produit dont il se sert contient 0,015 milligr. de pantopon et un demi-milligr. de bromhydrate de scopolamine dans un excipient agréable. Cette dose représente à peu près la moitié de la dose maxima de chacun de ces deux médicaments, elle doit être prise une heure environ avant le moment probable de l'expulsion.

Il appartient à la sage-femme de reconnaître le moment convenable et d'en prévenir le médecin Après avoir pris cette préparation, 85 à 90 pour 100 des femmes reconnaissent que leurs douleurs s'atténuent fortement, leur agitation tombe, la résistance qu'elles opposaient aux envies de pousser cesse, si bien que le travail s'accélère, enfin les douleurs d'expulsion deviennent tout à fait tolérables. Chez les primipares âgées, S. pratique en outre, systématiquement, l'épisistomie.

Appliquée sur 4.000 à 4.500 parturientes, cette méthode n'a jamais eu le moindre inconvénient, ni pour la femme, ni pour l'enfant. Au contraire, l'accélération fréquente du travail ne peut avoir qu'une influence heureuse pour l'une comme pour l'autre. Beaucoup de femmes ne conservent aucun souvenir de leur accouchement.

Pour le passage de la tête, une bouffée de chlorure d'éthyle, prolongée au besoin par un peu d'éther, est souvent utile. La véritable narcose pendant tout l'accouchement, telle que la préconisait Krönig, doit être réservée à des indications exceptionnelles, chez des malades particulièrement pusillanimes.

S. discute longuement les objections d'ordre religieux et d'ordre médical qui ont été faites à l'accouchement sans douleur, depuis le jour où Simpson, en 1853, a pratiqué, pour la première fois, la « chloroformisation à la reine » sur la reine Victoria d'Angleterre.

J. Mouzon.

H. Dammer. ***Accident et tumeur cérébrale*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 35, 29 Août 1930). — D. montre combien il faut être circonspect pour attribuer à un traumatisme accidentel un rôle de provocation ou même d'aggravation dans un cas de tumeur cérébrale. Il faut du moins que soient réalisées les conditions réclamées par Thiem : traumatisme bien établi et d'une certaine intensité ; développement de la tumeur dans la région traumatisée, enfin délais de développement qui permettent d'admettre un rapport étiologique.

Dans les trois observations rapportées, les demandes que les familles avaient formulées à l'égard des assurances ont dû être rejetées.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 41 ans, qui avait reçu, le 29 Mai 1927, le choc d'une trappe de 10 à 15 kilogr. qui lui était retombée sur la tête. Il était resté quelques minutes sans connaissance, puis il avait repris son travail. Cependant, depuis cette date, il souffrait de céphalées progressives. Quatorze jours plus tard, il devait arrêter son travail. On constatait un état de confusion mentale profonde, une paralysie complète de la troisième paire gauche, une stase papillaire bilatérale, plus marquée à gauche, et une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Le diagnostic porté fut celui de tumeur de la région de l'aqueduc de Sylvius, à gauche de la ligne médiane. Le malade mourut subitement le 31 Août 1927, quelques jours après son entrée à l'hôpital. L'autopsie montra une tumeur du lobe temporal gauche, dont le volume atteignait celui d'une petite pomme, et qui était en voie de dégénérescence nécrotique et kystique. La structure était celle d'un gliome télangiectasique. Il y avait des adhérences avec la dure-mère. Le volume de la tumeur et ses adhérences, ne permettent pas d'admettre qu'elle ait pu se développer en trois mois. Les premiers symptômes, qui ont suivi de peu le traumatisme, n'ont dû se manifester, comme il est de règle pour les tumeurs temporales, qu'au moment où la tumeur existait déjà depuis longtemps. D. n'admet même pas que la vie ait pu être abrégée par le traumatisme.

La deuxième observation est celle d'un homme de 33 ans, qui aurait eu le bras gauche tiraillé le 6 Juillet 1925, au cours de son travail. A partir de cette date, il présenta des douleurs et de l'impotence fonctionnelle du bras gauche. Puis s'installa progressivement une quadriplégie avec troubles sphinctériens. La mort survint le 19 Octobre. Il y avait compression de la moelle cervicale par un psammome qui avait un pouce de diamètre. En fait, ce malade n'avait interrompu son travail que le 6 Août et il avait attendu le 27 Août pour faire mention de son accident du 6 Juillet. Ce dernier ne pouvait donc pas être reconnu à l'origine du développement de la tumeur.

La troisième observation concerne un collégien de 17 ans qui était tombé sur la tête en faisant de la gymnastique d'agrès, en Octobre 1926. Il fallut l'aider à se relever. Cependant il ne présenta aucun signe de fracture du crâne. Les céphalées et les troubles de la vue commencèrent au milieu de Décembre. En Janvier, on constata la stase papillaire bilatérale. L'autopsie montra un sarcome du lobe temporal droit. D. n'a pas admis que cette tumeur ait eu le temps de se développer en trois mois, les tumeurs cérébrales mettant généralement des années à évoluer.

J. Mouzon.

M. Landsberg. ***Les manifestations cutanées de l'agranulocytose*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 35, 29 Août 1930). — L. relate un cas de gangrène cutanée au cours de l'agranulocytose, et il le rapproche d'une observation analogue, qu'il a publiée récemment. Dans les deux cas, les lésions nécrotiques, dont il reproduit les photographies, siègent à la région sous-maxillaire et à la face.

Dans le présent article, il s'agit d'une femme de 46 ans, qui fut prise, en Avril 1930, de fièvre élevée et d'algie généralisées. Après une accalmie, la fièvre remonta aux alentours de 40°, et des douleurs de gorge apparurent. Quatre jours plus tard, se développèrent simultanément des ulcérations buccales et une éruption cutanée qui affectait la lèvre supérieure, l'orifice narinaire gauche et la région sous-maxillaire gauche. L'aspect de ces lésions cutanées était celui d'un kyste gangréneux. On note en même temps une double adénopathie sous-maxillaire et cervicale et du subictère. L'examen hématologique donne 1.300 globules blancs, qui sont tous des lymphocytes. Les éléments de la série rouge ne sont pas altérés. La culture du sang reste stérile. Le frottis des ulcérations buccales aussi bien que celui des ulcérations cutanées donnent des streptocoques, hémolytiques et des staphylocoques. La mort se produisit dès le lendemain de l'entrée à l'hôpital. L'autopsie montra une nécrose étendue de la bouche et du pharynx, remarquable par l'absence de toute réaction leucocytaire. La réaction de l'oxydase est négative dans les lésions, de même que dans la rate.

J. Mouzon.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Stracker. ***Rhumatisme déformant et sécrétions internes*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 26, 26 Juin 1930.— Le lien qui relie les glandes à sécrétion interne et le rhumatisme chronique déformant a été signalé depuis longtemps par un grand nombre d'auteurs.

Ce sont les troubles ovariens et spécialement les troubles de la ménopause provoquée ou spontanée qui donnent le plus souvent lieu au rhumatisme chronique. S. a utilisé, pour l'exploration des fonctions endocrines, la réaction d'Abderhalden en se servant d'extraits glandulaires variés.

Se basant sur les résultats que lui a donnés cette méthode, S. a pu distinguer deux catégories : le premier groupe comporte les organes qui sont en relation avec les fonctions sexuelles : le corps jaune, l'épiphyse, l'ovaire, et l'hypophyse antérieure ; à l'autre groupe appartiennent le thymus et la glande parathyroïde.

La réaction s'est montrée 14 fois sur 27 positive avec les extraits de thymus, ce qui est sans doute en rapport avec le rôle de cette glande dans la croissance et dans le métabolisme du calcium.

Les sanctions thérapeutiques consistent en administration des extraits glandulaires ainsi désignés, sans négliger pour cela la physiothérapie si efficace dans un grand nombre de cas.

G. Basch.

Hörtnagl. ***Troubles du pouls au cours des ascensions*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 25, 19 Juin 1930). — Cet article concerne les modifications du pouls observées au cours des ascensions dans les Cordillères des Andes, en Bolivie. A partir de 4.400 mètres, les excursionnistes présentèrent un certain degré d'oppression, une respiration sifflante après l'effort, avec palpitations ; le pouls oscillait entre 114 et 150.

A 5.500 mètres, la respiration est plus courte ; l'un d'eux souffre de maux de tête, est anorexique ; le sommeil de tous est troublé ; le pouls au repos varie entre 120 et 140.

Ces différents troubles s'accusèrent encore au cours d'une ascension où fut atteinte l'altitude de 6.400 mètres. H., ainsi que ses compagnons, a mâché des feuilles de coca dont l'action fut des plus tonifiantes.

G. Basch.

Bix. ***Acétonurie d'origine cérébrale*** (*Wiener klinische Wochenscrift*, tome XLIII, n° 25, 19 Juin 1930). — B. rapporte l'observation d'une jeune fille de 21 ans, sans antécédents pathologiques, qui tomba brusquement dans le coma. L'examen clinique montra une immobilité pupillaire, une contracture des deux membres inférieurs avec exagération des réflexes tendineux, clonus du pied et Babinski bilatéral. L'examen des urines révéla la présence d'albumine, de sucre, d'urobiline et d'acétone ; dans le culot urinaire, on trouva des leucocytes et des cylindres. La malade ayant succombé au bout de six heures, l'autopsie montra une hémorragie du lobe droit avec inondation ventriculaire.

B. a réuni 4 cas semblables concernant des sujets jeunes ayant succombé à un coma dû à une hémor-

ragie cérébrale ou méningée, au cours desquels il put retrouver de l'acétonurie.

Il semble bien que ce phénomène soit secondaire à une excitation ou à une compression des centres de la glycorégulation; cependant il y a lieu d'objecter qu'expérimentalement la piqûre du centre donne lieu à une glycosurie et non à une cétonurie. B. en est réduit à invoquer l'existence d'un centre spécial situé dans l'hypothalamus et dont l'excitation retentirait par voie centrifuge au niveau du foie, seul organe producteur d'acétone.

G. Basch.

Adlersberg et Perutz. ***Etude expérimentale sur le degré d'hydratation de la peau au moyen de la résorption de la boule d'œdème*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 28, 10 Juillet 1930). — A. et P., utilisant le test de Mac Clure et Alderich chez l'animal, ont observé des variations tenant à l'âge de la bête, à la région cutanée utilisée et même à l'alimentation.

Ils ont observé que la résorption se faisait plus rapidement chez l'animal saturé de NaCl que chez celui que l'on soumet à un régime déchloruré. Ce résultat paradoxal découle sans doute du fait que l'animal soumis à un régime hypersalé retient une assez grande quantité d'eau dans ses tissus et se comporte en somme comme s'il était atteint de préœdème.

D'autres expériences ont été instituées avec le nitrite d'amyle: chez l'animal soumis aux vapeurs de ce corps, les papules de la tête et de la partie supérieure du tronc se résorbaient très rapidement alors que celles du train de derrière disparaissaient dans les délais habituels.

L'administration de théophylline (dérivé de la xanthine) provoqua une résorption rapide, ce qui tient sans doute au rôle vaso-dilatateur de cette substance.

Mais l'administration de pituitrine, vaso-constrictive, donna lieu également à une accélération de la résorption, ce qui laisse à penser que, outre les facteurs vasculaires de la résorption, il y a place pour des facteurs tissulaires dont l'action dans le cas de la pituitrine compense et dépasse même les premiers.

Au cours du diabète insipide, si l'on prive le sujet de liquides, la papule se résorbe immédiatement; au contraire, en période d'hydratation normale, la disparition se fait en trente-cinq minutes environ.

A. et P., enfin, ont utilisé les combinaisons de pituitrine et de théophylline avec des résultats intéressants.

G. Basch.

Priesel. ***Rachitisme et tétanie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 28, 10 Juillet 1930). — La prophylaxie du rachitisme et de la tétanie, affections voisines et dues sans doute aux mêmes troubles du métabolisme, est utilement réalisée dans les mois d'hiver par l'actinothérapie, à laquelle on a adjoint les corps irradiés. L'irradiation du lait lui confère également un pouvoir antirachitique et, si l'on prend la précaution de la pratiquer dans une atmosphère saturée d'acide carbonique, on ne modifie nullement son goût; mais, pour que cette action antirachitique soit efficace, il faut faire absorber à l'enfant au moins 500 cmc de lait irradié.

Quelques considérations sur les diverses spécialités antirachitiques terminent ce court article.

G. Basch.

Hermann. ***Contribution au diagnostic clinique et radiologique du cancer du poumon*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 29, 17 Juillet 1930). — L'augmentation de fréquence du cancer du poumon a suscité de nombreuses explications: on a invoqué le revêtement d'asphalte des routes, les vapeurs d'essence, les minerais riches en radium; peut-être faut-il retenir surtout l'amélioration des moyens cliniques et radiologiques qui permettent d'en faire plus facilement le diagnostic. H. cite quelques observations concernant des cas de diagnostic malaisé. L'une est celle d'un homme de 60 ans qui, au cours d'une pneumonie typique, présenta une hémoptysie, et chez lequel l'examen radiologique mit en évidence un cancer. L'autre concerne un homme de 34 ans qui présenta une toux coqueluchoïde, sans aucun signe stéthoscopique, mais avec de l'adénopathie cervicale et une opacité du hile droit; l'examen histologique d'un des ganglions permit de faire le diagnostic.

H. relate en outre quelques observations de cancer survenant chez de vieux tousseurs sur un fond de sclérose pulmonaire et de bronchite chronique et montre les difficultés auxquelles on se heurte pour porter le diagnostic de cancer du poumon.

G. Basch.

Ried. ***Action des substances irradiées sur certaines plaies*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 29. 17 Juillet 1930). — R. a expérimenté, dans le traitement de nombreuses affections cutanées, l'action des substances irradiées. Il a tout d'abord traité des ulcères variqueux, des radiodermites, des gelures, des brûlures: au bout de quelques applications, il a observé une diminution des phénomènes inflammatoires, un asséchement de la sécrétion, une épidermisation rapide.

Il a utilisé pour ces applications une pommade irradiée, ainsi que des suppositoires, ovules, crayons, huile d'olive, également irradiés.

Les mêmes résultats favorables ont été notés dans des cas de gangrène sénile, d'hydro-adénite, de phlegmon, de pyodermite, d'érysipèle.

G. Basch.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

W. O. Thompson, P. K. Thompson, A. G. Brailey et A. C. Cohen. ***Myxœdème apparu pendant l'administration d'iode dans le goitre exophtalmique*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, tome CLXXIX, n° 6, Juin 1930). — Les auteurs avaient déjà observé en étudiant le métabolisme basal des hyperthyroïdiens que l'iode peut abaisser passagèrement ce dernier. Chez les 4 malades dont ils relatent ici l'observation, cette diminution a été jusqu'à s'accompagner de l'apparition de symptômes plus ou moins prononcés de myxœdème à la suite du traitement iodé.

La première malade est particulièrement typique. Elle avait subi pour son goitre exophtalmique une thyroïdectomie après laquelle, bien que son métabolisme basal ne fût plus que de —9, on donna du Lugol. Les traits du visage s'empâtèrent et le métabolisme basal tomba à —25 pour remonter à la normale après cessation de l'iode. La malade se maintint longtemps en bon état, mais comme, au bout d'un an, il restait un peu d'exophtalmie, sans autres signes d'intoxication thyroïdienne, on donna de nouveau du Lugol (II gouttes par jour). Les symptômes caractéristiques d'un myxœdème se manifestèrent. A chacune des deux cures iodées, le métabolisme basal tomba lentement à un taux très bas, le visage devint bouffi, la peau sèche, la

somnolence, l'apathie, la fatigue rapide s'installèrent en même temps que le poids augmentait. Ces symptômes disparurent promptement et le métabolisme revint à la normale, soit avec la suppression de l'iode, soit en donnant de la thyroïde tout en continuant l'iode.

Dans deux autres cas, le myxœdème se montra nettement associé à l'administration de l'iode après la thyroïdectomie subtotale. Chez la première de ces malades, le traitement iodé sembla être la cause du myxœdème, tandis que chez l'autre il accentua un myxœdème post-opératoire léger; chez cette dernière l'iode paraît avoir déjà causé un myxœdème passager avant l'opération. Enfin on nota des accidents analogues chez une quatrième malade qui n'avait pas été opérée et avait été traitée seulement par l'iode.

Il faut un traitement iodé prolongé pour déterminer le myxœdème. Chez ces malades il s'est écoulé d'un mois et demi à quatre mois et demi à partir du moment où le traitement a été commencé jusqu'à l'époque où le métabolisme basal tomba à son taux minimum et où apparut le tableau du myxœdème. Celui-ci peut se montrer, non seulement immédiatement après la thyroïdectomie, mais des années après.

Toutes les malades qui firent du myxœdème après l'opération semblaient être en bonne santé et ne présentaient pas de manifestation de goitre exophtalmique lorsqu'elles ne recevaient pas d'iode et le taux de leur métabolisme basal était normal. Il semble bien, en analysant de près ces cas, que l'administration d'iode agissait en diminuant la sécrétion de ce qui paraît être l'hormone thyroïdienne normale et il n'est pas besoin d'invoquer, comme Plummer, la secrétion d'une thyroxine anormale pour expliquer le métabolisme basal exagéré du goitre exophtalmique.

P.-L. Marie.

F. J. Leibly. ***Intoxication mortelle par l'émétine due à son action cumulative dans la dysenterie amibienne*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXIX, n° 6, Juin 1930). — Une étudiante de 21 ans, du poids de 37 kilos, atteinte de dysenterie amibienne, reçoit 0 gr. 56 de chlorhydrate d'émétine du 2 au 23 Janvier. Durant un second séjour à l'hôpital motivé par une rechute, elle en reçoit 0 gr. 72 du 2 Février au 3 mars, soit un total de 1 gr. 28 (0 gr. 034 par kilo) pour une période de 2 mois, la dose journalière n'ayant pas dépassé 0 gr. 065. La dernière cure resta sans succès, les amibes persistaient. On dut suspendre la médication, vu l'affaiblissement de la malade. Six jours après la cessation de l'émétine, la mort survint, résultant d'un collapsus vasomoteur et de la faillite du cœur, qui doivent être mis sur le compte de l'action cumulative de la drogue. L'autopsie ne montra, en dehors de lésions ulcéreuses de la fin de l'iléon et d'ulcérations cicatrisées, qu'une légère myocardite. Au microscope on constatait des lésions dégénératives du foie, des reins, des surrénales.

La dose minima mortelle d'émétine n'a pas encore été déterminée avec précision chez l'homme. Walters et Koch, qui ont bien mis en évidence l'action cumulative, l'estiment à 0 gr. 06 par jour pendant 21 jours consécutifs, soit 1 gr. 37. Guglielminetti recommande de ne pas dépasser 0 gr. 15 par jour pendant 5 à 6 jours consécutifs ou 0 gr. 10 pendant 8 à 10 jours, ou 0 gr. 05 pendant 20 jours; il est, en outre, indispensable d'espacer les cures. L. souligne que dans ce cas la dose a été bien inférieure à la dose considérée comme minima mortelle. Les conclusions tirées des expériences sur les animaux ne s'appliquent pas à l'homme, et chez ce dernier il semble y avoir de grandes différences de sensibilité individuelle.

La mort due à l'action cumulative de l'émétine peut survenir sans symptômes graves prémonitoires mettant en garde le médecin. Malheureusement, aucun antidote n'est connu.

D'après L., l'émétine tue les amibes chez l'homme à une dose bien moindre que la dose minima mortelle; aussi faut-il l'employer à très petites doses avec des interruptions fréquentes et assez longues. Si l'infection persiste, c'est qu'il s'agit d'une race d'amibes réfractaire à l'émétine et il faut passer à une autre forme de traitement.

P.-L. Marie.

M. C. Riddlee et C. Sturgis. ***L'effet d'une dose massive unique d'extrait hépatique chez les malades atteints d'anémie pernicieuse*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXX, n° 1, Juillet 1930. — A 4 malades atteints d'anémie pernicieuse les auteurs ont donné en une fois 30 ampoules d'extrait hépatique correspondant à 3 kilogrammes de foie, ce qui n'alla pas sans nausées ni diarrhée passagère. Le sang fut ensuite examiné toutes les quatre heures, les malades étant suivis de 22 à 37 jours.

Les résultats confirmèrent l'opinion de Minot, à savoir que la réponse à la médication hépatique dépend plus de la quantité totale du principe actif administré, pendant une période donnée, que de la quantité consommée chaque jour: les 30 ampoules données en une fois produisirent le même effet que 10 doses quotidiennes de 3 ampoules. Le principe actif semble être utilisé d'une façon quantitative, l'effet d'une quantité donnée se prolongeant pendant un certain temps, la quantité quotidienne minimum suffisante pour obtenir une réponse satisfaisante étant celle qui est contenue dans 3 ampoules d'extrait correspondant à 250 gr. de foie frais.

Les effets cliniques immédiats, la réponse réticulocytaire et l'augmentation du taux des hématies et de l'hémoglobine se montrèrent aussi satisfaisants avec la dose massive unique donnée qu'avec la dose habituelle de 3 ampoules par jour donnée pendant dix jours. Le degré de la réaction réticulocytaire ne fut pas influencé par la présence dans l'organisme de principe hépatique actif en excès. La vitesse de la réaction réticulocytaire à se manifester sembla être quelque peu accélérée par la dose massive administrée, les réticulocytes commençant à augmenter 48 heures déjà après l'absorption de l'extrait, et le taux maximum étant atteint en 104 et 140 heures. La réaction prend fin au bout de 240 heures. L'effet stimulant extrême de ces grosses doses sur le tissu hématopoïétique de la moelle osseuse est attesté par la présence d'un grand nombre d'hématoblastes et de cellules blanches non mûres de la lignée myéloïde (myélocytes, myéloblastes) durant les deux ou trois jours consécutifs à l'ingestion de l'extrait de foie.

P.-L. Marie.

J. F. Riseman et S. Weiss. ***La symptomatologie de l'hypertension essentielle*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXX, n° 1, Juillet 1930).— Etude statistique basée sur l'examen d'un millier de sujets non hospitalisés atteints d'hypertension essentielle compliquée.

Chez plus de 20 pour 100 d'entre eux, les auteurs ont relevé les symptômes suivants, seuls ou associés: céphalée (43 pour 100), vertiges (40 pour 100), alternant souvent avec les maux de tête, sensations douloureuses diverses (38 pour 100), le plus souvent très vagues et de localisation très variable, dyspnée d'effort (27 pour 100), nycturie (26 pour 100). Plus rarement ils notèrent de la nervosité, des palpitations, des bourdonnements d'oreilles, des fourmillements, un peu d'œdème, des bouffées de chaleur, des crampes. Les épistaxis et les migraines sont des symptômes peu fréquents.

En somme, l'hypertension ne s'accompagne pas d'une séméiologie caractéristique. Presque tous les symptômes qu'accusent les malades peuvent être rapportés à des perturbations du système nerveux central et sont l'expression de troubles vaso-moteurs (angiospasme).

On retrouve des manifestations semblables dans des états qui ne s'accompagnent pas d'une pression artérielle anormale: ménopause, obésité, psychonévroses, affections où se rencontre souvent de l'instabilité vaso-motrice.

Dans l'hypertension les conditions psychiques peuvent jouer un rôle plus important qu'on le croit généralement et il faut en tenir compte dans le traitement.

P.-L. Marie.

JAPANESE JOURNAL of DERMATOLOGY et UROLOGY

Ito et Kobayashi. ***Un cas d'urticaire par le froid chez un hérédo-syphilitique*** (*Japanese Journal of Dermatology and Urology*, tome XXX, n° 8, Août 1930). — Un jeune homme de 17 ans est atteint presque constamment, depuis sa naissance, de poussées d'urticaire à la suite du froid. Les parties découvertes sont particulièrement atteintes: face, cou, avant-bras, dos des mains, jambes et pieds. Il n'existe pas d'hémoglobinurie. Le malade est aveugle à la suite d'une kératite de l'enfance et il a une otite moyenne gauche. Le Wassermann du sang est positif. Ponction lombaire négative.

Les examens sanguins pratiqués donnèrent les résultats suivants: l'auto-hémolyse par le froid (phénomène d'Ehrlich, réaction de Donath-Landsteiner et sérum laqué à la glacière) fut trouvée positive; le pouvoir hémolysant du sérum ainsi que les poussées urticariennes diminuèrent après l'injection intraveineuse de 300 cmc d'eau salée isotonique; on nota une crise hémoclasique par le froid, caractérisée par la chute des leucocytes de 5.700 à 5.000, par l'abaissement intense de la pression artérielle (42 pour 100) et par l'hyporésistance osmotique des globules rouges pendant le choc.

L'examen du système végétatif montra un réflexe oculo-cardiaque positif, une arythmie respiratoire, une tension artérielle labile et quelques manifestations exagérées après l'adrénaline, l'atropine et la pilocarpine.

Il s'agit donc d'un malade hérédo-syphilitique (ses deux frères aînés sont morts peu après leur naissence) et l'urticaire par le froid que présente ce malade doit être rattachée à l'hérédo-syphilis.

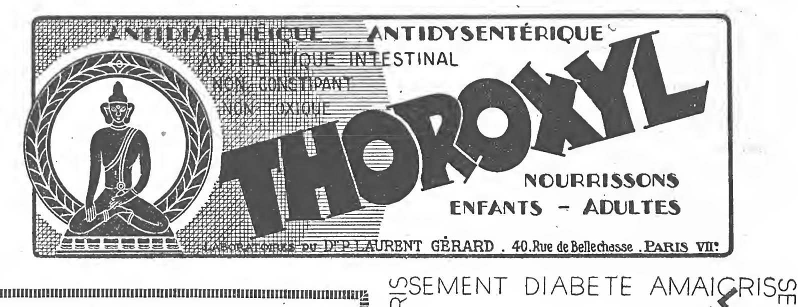
R. Burnier.

ACTA SOCIETATIS MEDICORUM FENNICÆ « DUODECIM » (Helsingfors)

Y. Meurman. ***Sur l'anatomie de l'aqueduc du limaçon et quelques points de sa physiologie*** (*Acta Societatis medicorum fennicæ « Duodecim »*, tome XIII, n° 1, 1930). — Les opinions des auteurs variant notablement sur divers points de l'anatomie et de la physiologie de l'aqueduc du limaçon, M. a pratiqué chez le lapin des injections dans la citerne cérébro-médullaire et dans l'espace périlymphatique de l'oreille interne et étudié 55 temporaux humains débités en coupes sériées.

Chez le *lapin* l'aqueduc du limaçon est constitué par un canal osseux de 2 mm. 5 à 3 mm. de long et de 300 à 500 µ de large contenant un tube prenant naissance dans l'arachnoïde, lequel est creux dans la portion juxtacérébrale et rempli dans la partie voisine du limaçon par du tissu conjectif lâche se condensant vers la rampe tympanique. Les injections d'encre de Chine démontrent l'existence d'une communication entre l'espace sous-arachnoïdien du cerveau et l'espace périlymphatique de l'oreille interne par l'intermédiaire de l'aqueduc du limaçon. Le courant semble s'effectuer plus facilement dans la direction du limaçon.

Chez l'*homme* adulte l'aqueduc du limaçon a 10 mm. de long. Le canal va en s'élargissant du limaçon au cerveau, son ouverture extérieure étant 15 fois plus large que son point le plus étroit qui se trouve à 1 mm. de la rampe tympanique et pré-


ANTIDIARRHÉIQUE — ANTIDYSENTÉRIQUE
ANTISEPTIQUE INTESTINAL
NON CONSTIPANT
NON TOXIQUE
THOROXYL
NOURRISSONS
ENFANTS — ADULTES
LABORATOIRES DU Dr P. LAURENT GÉRARD . 40, Rue de Bellechasse . PARIS VIIe

sente un diamètre moyen de 110 μ (70 pour le canal revêtu de son périoste) avec des variations entre 60 μ et 200 μ. On peut rencontrer des oblitérations complètes résultant probablement d'une ossification périostale.

Chez les enfants le canal est relativement plus large, de dimensions toutefois inférieures à celles des adultes. Un rétrécissement semble se produire après 50 ans dans la partie la plus étroite.

L'arachnoïde du canal forme dans la partie voisine du cerveau un tube creux, dans la portion voisine du limaçon, à une distance de 1 à 2 mm. de la rampe tympanique, un cordon plein; rarement cette portion peut être lâche et creuse.

La signification physiologique de l'aqueduc du limaçon demeure encore obscure.

Il est possible qu'il assure le remplissage du liquide de l'espace périlymphatique; mais ce devrait être surtout le cas chez les animaux. Chez l'homme il ne semble pas avoir tant d'importance et le développement plus grand des espaces périvasculaires de la columelle paraît compenser chez lui les plus grandes dimensions de l'aqueduc du limaçon de certains mammifères. Peut-être ses faibles dimensions chez l'homme et le singe constituent-elles un dispositif de protection contre une hypotension dans les espaces périlymphatiques.

P.-L. Marie.

Y. Meurman. ***Recherches sur les otites internes à suppuration diffuse et à tendance nécrosante. Contribution à la pathologie de l'aqueduc du limaçon et des taches criblées*** (*Acta Societatis medicorum fennicæ « Duodecim »*, tome XIII, n° 1, 1930). — M. étudie la question des rapports entre les lésions de l'oreille interne et les possibilités d'une propagation de l'inflammation et de l'infection par les voies préformées entre l'oreille interne et les méninges. Il se base sur 18 cas d'otite interne étudiés sur des coupes sériées dans le service du Prof. Wittmaak. De plus, il a expérimenté sur des lapins et des chiens dont il a infecté l'oreille interne avec des bactéries variées, soit directement, soit indirectement par l'oreille moyenne, les membranes des fenêtres ayant été lésées par des substances chimiques appropriées.

La nécrose de l'oreille interne peut être due à des facteurs différents : hydropisie (Wittmaak), action directe des bactéries et des toxines, lésion des vaisseaux, cette dernière étant un facteur important dans l'étiologie de ces nécroses.

De l'étude des cas humains, il semble résulter que les méningites d'origine labyrinthique proviennent plus souvent d'une otite interne suppurante que d'une otite nécrosante. En tout cas, bien qu'une partie des nécroses de l'oreille interne trouvent leur origine dans une inflammation à tendance suppurante, M. établit que la transmission aux méninges peut se faire au stade de suppuration, c'est-à-dire qu'une nécrose avancée n'est pas nécessaire. Certaines expériences sur les animaux permettent de penser que, même dans les nécroses intenses de l'oreille interne, les progrès de l'inflammation vers les méninges peuvent se limiter à cet organe, grâce à une exsudation considérable des leucocytes, l'organisme réagissant fortement à l'action nécrosante des bactéries.

Dans l'otite interne suppurative consécutive à une infection par les fenêtres, les voies de transmission les plus proches peuvent dans une certaine mesure être plus exposées. Dans les otites internes dues à l'érosion des capsules labyrinthiques, il ne paraît guère y avoir de menaces plus grandes pour les voies de transmission contiguës. Dans les otites internes avec nécrose diffuse, les voies préformées sont atteintes d'une façon plus ou moins uniforme.

Dans les cas humains étudiés, la columelle du limaçon montre en général une progression de l'inflammation vers les méninges. Puis dans l'ordre de fréquence décroissante viennent les canaux nerveux vestibulaires, notamment ceux de la tache acoustique du saccule, et enfin l'aqueduc du limaçon. Souvent plusieurs de ces voies sont atteintes simultanément.

Les examens de M. et ceux d'autres auteurs prouvent que ce n'est que rarement que l'aqueduc du limaçon constitue, chez les adultes, une voie de transmission importante pour les bactéries entre l'oreille interne et les méninges, ce qui tient à sa structure anatomique. Chez les enfants, cet aqueduc a plus d'importance pathologique, vu la brièveté de la portion étroite du canal. Lorsque l'aqueduc reste ouvert chez l'adulte, il peut jouer un rôle pathologique, ainsi que permettent de le croire certaines expériences sur l'animal.

Dans les cas expérimentaux étudiés, la transmission de l'inflammation des méninges primitivement atteintes à l'oreille interne s'est faite d'ordinaire par l'intermédiaire des canaux de la columelle, moins souvent par l'aqueduc du limaçon, rarement par les canaux des taches criblées.

Contrairement à ce qui se passe chez l'homme, l'aqueduc du limaçon joue un rôle important chez le lapin et le chien dans la transmission des bactéries entre l'oreille interne et les méninges.

Ces constatations ont suggéré à M. diverses idées sur le traitement chirurgical des otites internes suppurées; il recommande dans certains cas la trépanation du fond du conduit auditif, selon la technique d'Uffenorde.

P.-L. Marie.

O. E. Cederberg. ***Le drainage temporaire de l'estomac*** (*Acta Societatis medicorum fennicæ « Duodecim »*, tome XII, n° 3, 1930). — La gastrostomie temporaire, d'abord préconisée par Jaboulay, puis par Lennander, a de nombreuses indications, mais est encore peu employée. C. l'a pratiquée chez 23 malades selon la technique de Witzel. Cette opération auxiliaire était indiquée dans 13 cas pour la perforation d'un ulcère, dans 6 cas pour une résection très difficile de l'estomac, dans 2 cas pour une occlusion intestinale par mésentérite de la partie inférieure de l'iléon (coudure de Lane), une fois pour une rupture du duodénum occasionnée par gastroduodénostomie (Finney) et un coup de feu. 3 des malades atteints d'ulcère perforé et 2 des malades ayant subi une résection gastrique pour cancer succombèrent. Tous les autres malades traités par la gastrostomie temporaire guérirent, rapidement et sans douleur.

La gastrostomie temporaire, qui n'a de valeur que palliative, en assurant le drainage de l'estomac et en combattant la rétention, contribue à assurer le succès de l'opération principale. Elle diminue en outre la tension des sutures gastriques nécessitées par cette dernière; elle améliore considérablement l'état subjectif des patients et leur permet de boire librement. Avec la technique employée C. n'a jamais constaté de suites fâcheuses quelconques imputables à l'opération qui, par elle-même, est très simple et inoffensive. C. recommande seulement de ne suturer le drain qu'à la plaie cutanée, afin de lui laisser une certaine liberté dans la cavité abdominale ce qui évite les adhérences post-opératoires.

A son avis, la gastrostomie est indiquée dans les circonstances suivantes :

1° Dans les dilatations aiguës de l'estomac et dans les cas de circulus vitiosus par gastro-entérostomie. Elle constitue alors le procédé opératoire de choix;

2° Elle doit être recommandée dans les perforations d'ulcère, car elle permet d'épargner aux malades des manœuvres trop fatigantes;

3° Elle est avantageuse dans le traitement des ruptures du duodénum;

4° Elle peut être utilement préconisée, associée à l'entérostomie, dans le traitement de certains états d'atonie de l'intestin. P.-L. Marie.

P. E. Nylander. ***Recherches sur la tuberculose génitale de l'homme. Résultats de l'épididymectomie*** (*Acta Societatis medicorum fennicæ « Duodecim »*, tome XII, n° 3, 1930). — Les opinions sur le traitement opératoire de la tuberculose génitale masculine étant encore très divergentes, N. a fait des recherches concernant surtout les résultats de l'épididymectomie. Il a réuni 244 cas. Dans 91 d'entre eux on n'avait pas, pour une raison quelconque, pratiqué d'opération ou bien on s'était contenté d'une intervention insignifiante. Dans 83 cas une épididymectomie avait été pratiquée; dans 70 autres une castration seule avait été faite.

La tuberculose de l'épididyme ou du testicule se trouvait avec le maximum de fréquence de 20 à 29 ans; on ne la rencontrait qu'exceptionnellement entre 5 et 14 ans; chez les enfants plus jeunes elle se montrait un peu plus fréquente (12 cas au-dessous de 5 ans). Les constatations faites chez eux ne confirmèrent pas l'opinion de Wehner qui veut que la tuberculose génitale de l'enfance se distingue de celle des adultes en ce que le foyer génital primaire apparaît chez l'enfant dans le testicule, tandis que chez l'adulte l'épididyme serait atteint avant le testicule. Toutefois, le processus semblait se développer relativement vite dans l'enfance, ce qui a peut-être contribué à accréditer l'hypothèse de l'affection primaire du testicule.

Parmi les malades ayant subi l'épididymectomie, 2 sont morts peu après d'une tuberculose miliaire généralisée et il est possible que celle-ci ait été la conséquence de l'opération dans un cas où la cystoscopie avait été le point de départ de la fièvre. L'autre cas avait été opéré avec une température déjà fort élevée et la tuberculose miliaire devait être antérieure à l'intervention. Il y a donc lieu de ne décider l'opération qu'après mûre réflexion lorsque le malade a une température élevée.

L'enquête montra que 42 sujets avaient succombé, tandis que 30 étaient demeurés vivants. On ne put avoir d'informations sur 11 malades. Certaines opérations remontaient à de longues années. Parmi les 42 décès, 26 étaient dus à la tuberculose, le plus souvent pulmonaire ou rénale (8); 12 résultaient d'autres maladies ou d'accidents.

Nous ne pouvons entrer dans le détail des statistiques de N. Signalons seulement que si l'on n'envisage que les cas observés pendant les trois années consécutives à l'opération, on note que, lorsqu'il y avait tuberculose rénale concomitante (13 cas), il s'est produit 3 décès par affection tuberculeuse dans les trois années suivantes, sans récidive locale. Chez 3 malades, il n'y eut pas de récidive génitale; chez 3 autres, il y eut récidive dans l'épididyme opposé, le testicule restant sain du côté opéré. Dans 2 autres cas indemnes de tuberculose rénale, il y eut également récidive du côté opposé. Cette proportion est analogue à celle que donne la castration. Cette constatation parle en faveur de l'épididymectomie, un testicule au moins se trouvant alors conservé.

En somme, l'épididymectomie est loin de donner des résultats aussi brillants qu'on l'a dit. Les résultats dépendent avant tout des indications opératoires qui, dans les cas en question ici, ont été très étendues, même en présence de complications, mais qui, néanmoins, à en juger par les résultats obtenus, étaient tout à fait justifiées. P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

G. Ramon. ***L'anatoxine diphtérique dans son application à l'immunisation active de l'homme et à la prophylaxie de la diphtérie*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLV, n° 3, Septembre 1930). — L'utilisation progressive durant six années de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon a montré la remarquable valeur de cette méthode.

Les quelques millions d'injections chez l'homme qui ont été pratiqués depuis six ans ont confirmé l'innocuité de l'anatoxine, affirmée dès la découverte Si à l'occasion de ces nombreuses injections, on a pu observer une minime proportion de réactions, dues en particulier à la sensibilisation de certains sujets, à des substances, spécifiques ou non, que peut renfermer le bouillon diphtérique et par conséquent l'anatoxine, aucun incident fâcheux n'a été signalé qui puisse être imputé à la persistance même d'une trace de toxine diphtérique. On a même pu injecter par erreur 10, 20 cmc d'anatoxine à des enfants sans provoquer aucun trouble.

L'immunité acquise à la suite de la vaccination par l'anatoxine a pu être contrôlée avec précision par la réaction de Schick. Les résultats obtenus en France et à l'étranger montrent que 95 à 98 pour 100 des sujets ayant reçu les 3 injections d'anatoxine, suivant la technique préconisée, acquièrent en l'espace de sept semaines à deux mois après la première injection une immunité au moins suffisante pour rendre négative la réaction de Schick. Or, l'on sait la difficulté d'atteindre un pourcentage aussi élevé de réactions de Schick négatives avec les autres méthodes de vaccination.

Le dosage de l'antitoxine spécifique dans le sérum des sujets vaccinés fournit encore plus de précision quant à la valeur de l'immunité développée par l'anatoxine. Sur 105 sujets étudiés, 41 pour 100 ont un taux antitoxique du sérum supérieur à 1 unité, 49 pour 100 ont un taux supérieur à 1/10 d'unité, 6 pour 100 un taux supérieur à 1/30 d'unité, 4 pour 100 seulement ont un taux inférieur à 1/30.

La durée de l'immunité conférée par l'anatoxine semble longue. Après quatre ans, 4 pour 100 seulement des vaccinés ont leur réaction de Schick revenue positive et le dosage de l'antitoxine chez les sujets vaccinés depuis quatre ans montre des chiffres analogues à ceux trouvés immédiatement après la vaccination.

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine systématiquement et convenablement mise en œuvre diminue énormément la morbidité diphtérique générale; à l'hôpital maritime de Berck, elle l'a pratiquement supprimée.

Pour obtenir les meilleurs résultats, il faut utiliser une anatoxine de pouvoir antigène intrinsèque suffisamment élevé (10 unités anatoxiques, mesurées par floculation), pratiquer 3 injections de 1/2, 1 et 1 1/2 cmc, séparées chacune d'au moins trois semaines.

Les résultats déjà obtenus, l'essor pris par la méthode représentent plus qu'une promesse pour l'avenir.

Robert Clément.

G. Ramon et R. Debré, avec la collaboration de **M. et G. Mozer et G. Pichot.** ***Sur la teneur en antitoxine spécifique du sérum des sujets vaccinés par l'anatoxine diphtérique*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLV, n° 3, Septembre 1930). — Pour doser l'antitoxine spécifique développée dans le sérum après vaccination, les auteurs ont préféré au procédé de Römer une technique dérivant directement de la technique fondamentale d'Ehrlich, qui apporte le maximum de précision dans le dosage de l'antitoxine.

On détermine la quantité de toxine diphtérique qui correspond à 1/30 L +. Cette quantité, pour la toxine utilisée, représente 3 doses mortelles pour un cobaye de 250 gr. Dans des verres à expériences qui contiennent cette dose de toxine on ajoute des quantités décroissantes du sérum à doser. Après une heure de contact à la température de laboratoire, on injecte les différents mélanges *sous la peau* de cobayes de 250 gr. Si, par exemple, le cobaye ayant reçu le mélange de 1/30 de L + et de 0,1 cmc de sérum meurt en moins de quatre jours, alors que les cobayes ayant reçu les mélanges de 1/30 de L + et de 0,3 cmc et de 1/30 de L + et 1 cmc de sérum résistent au delà de cinq jours, on dira que le sérum possède un pouvoir antitoxique égal ou supérieur à 1/10 d'unité d'Ehrlich, mais inférieur à 1/3 d'unité.

Les résultats obtenus dans le titrage de 105 sérums sont les suivants: 90 pour 100 ont un pouvoir supérieur à 1/10 d'unité et 96 pour 100 un pouvoir supérieur à 1/30 d'unité; tous ces sujets ont une réaction de Schick négative; 4 pour 100 des vaccinés ont un pouvoir antitoxique inférieur à 1/30 d'unité et leur épreuve de Schick est positive.

Chez 37 sujets vaccinés en 1925, et chez 68 sujets vaccinés en 1926, les chiffres obtenus sont très voisins.

5 enfants dont la réaction de Schick, revisée en 1928, était positive virent cette épreuve devenir négative et leur pouvoir antitoxique s'élever, 4 après une seule injection, le 5me après une nouvelle vaccination.

La proportion des sérums dont la valeur antitoxique est supérieure à l'unité est de 31 pour 100 chez les enfants vaccinés avant 6 ans, 40 pour 100 chez ceux vaccinés entre 6 et 10 ans, 57 pour 100 chez ceux vaccinés après 10 ans.

Il est difficile de tirer une conclusion des dosages pratiqués chez les vaccinés ayant été au contact d'un diphtérique.

La persistance prolongée, sans affaiblissement, de l'immunité obtenue à l'aide de la vaccination par l'anatoxine est prouvée par le fait que, chez les vaccinés depuis plus de 4 ans, 2,5 pour 100 seulement n'ont pas d'immunité protectrice. Ceux qui ont un pouvoir antitoxique supérieur à 1/10 d'unité sont, par contre, dans la proportion de 95 pour 100 chez les vaccinés depuis 4 ans, de 95 pour 100 chez les vaccinés depuis 3 ans, de 89 pour 100 après 2 ans et 82 pour 100 chez les vaccinés depuis 1 an. Loin de s'affaiblir, l'immunité semble se renforcer et on peut espérer qu'elle sera définitive.

Robert Clément

ARCHIVES INTERNATIONALES de LARYNGOLOGIE-OTOLOGIE-RHINOLOGIE et BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE
(Paris)

J. Bonnahon (Montpellier). ***Contribution à l'étude bactériologique des suppurations auriculaires à microbes pyogènes aérobies*** (*Archives internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-œsophagoscopie*, an XXXVI, n. s., t. IX, Septembre-Octobre 1930). — L'examen bactériologique des suppurations auriculaires peut fournir des données pronostiques et thérapeutiques de grande valeur.

Les auteurs ont bien mis en évidence le rôle joué par le *pneumocoque*, d'une part, et par le *streptocoque*, d'autre part, dans les formes aiguës de ces suppurations. Les otites compliquées de mastoïdite et surtout de propagation veineuse et de septicémie relèvent plus particulièrement du streptocoque. Le pneumocoque, au contraire, a moins de tendance à la généralisation et comporte, en général, un pronostic favorable; cependant la variété muqueuse de ce germe (*pneumococcus mucosus* ou *pneumocoque III*) apparaît comme particulièrement redoutable en raison des énormes lésions destructives qu'elle réalise d'une façon insidieuse et de la propagation fréquente vers les méninges.

En dehors de ces deux grandes espèces microbiennes, on peut rencontrer, d'une façon exceptionnelle, — B. en a observé quelques cas — des infections causées par des microbes divers, en particulier le *pneumobacille* de Friedländer et les *bacilles pseudo-diphtériques :* leur constatation comporte également des pronostics, favorables.

A ces données fournies par l'examen bactériologique viennent d'ailleurs s'ajouter des facteurs d'ordre général et local qui, dans une large mesure, peuvent influencer le pronostic. Ce sont l'*âge* du malade (les vieillards et les nourrisons font des formes, plus graves) et le *terrain* (formes plus sévères chez les surmenés, les déprimés, les alcooliques, les diabétiques, chez qui la résistance de l'organisme est amoindrie et qui feront des complications plus fréquentes et plus graves ou passeront à la chronicité). Enfin influence des *maladies* qui évoluent en même temps que l'otite, la scarlatine provoquant des formes graves nécrosantes, la rougeole remarquable par la fréquence des complications mastoïdiennes et par son passage à la chronicité. Parmi les causes locales entraînant des complications ou favorisant l'évolution vers la chronicité, citons avant tout les anomalies dans le développement et la conformation de la trompe d'Eustache et, plus encore, la constitution anatomique du temporal (pneumatisation de la mastoïde).

On voit par ces quelques données qu'il serait inexact de vouloir expliquer l'évolution d'une otite et de ses complications par la simple virulence du germe; toutefois celle-ci garde toute son importance.

J. Dumont.

A. Peroni (Paris). ***Considérations sur l'étiologie de l'ozène: l'ozène est-il une maladie infectieuse?*** (*Archives internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-œsophagoscopie*, an. XXXVI, n. s., tome IX, Septembre-Octobre 1930). — P. a institué sur ce sujet une série de recherches bactériologiques et sérologiques qui l'amènent à cette conclusion que rien ne permet d'affirmer que l'ozène est d'origine infectieuse. En effet, l'ozène n'est pas une maladie contagieuse, on n'a jamais réussi à reproduire la maladie en injectant dans le nez des croûtes ozéneuses; d'autre part, aucun des microbes isolés des fosses nasales des ozéneux n'est capable de la reproduire; enfin les réactions sérologiques négatives prouvent leur non-spécificité.

En réalité, l'atrophie de la muqueuse du cartilage et de l'os du nez, qui caractérise cette maladie, serait d'ordre essentiellement constitutionnel; en augmentant l'amplitude des cavités nasales, elle permettrait à une flore bactérienne, saprophyte et productrice de croûtes, de s'installer.

J. Dumont.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
(Paris)

M. Albo et J.-C. Pla (Montevidéo). ***Les séquelles nerveuses de la rachianesthésie : petits signes pyramidaux trouvés à l'examen clinique de quelques opérés*** (*Revue sud-américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome 1, n° 9, Septembre 1930). — On

a nié (Chalier) la réalité d'accidents nerveux *tardifs* de la rachianesthésie. Ce peut être vrai si l'on tient seulement compte des troubles sensitifs ou moteurs de quelque importance. Mais A. et P. ont constaté, chez des rachianesthésiés qu'ils ont pu suivre pendans plusieurs années, des signes résiduels d'une atteinte médullaire discrète indiscutable et ils en publient plusieurs observations.

Ces accidents nerveux, vérifiés par eux, peuvent être ainsi classés :

1° *Accidents apparents.* — Ils comprennent des syndromes nerveux francs, dont les symptômes sont une cause d'incommodité pour le malade. On compte 3 de ces syndromes : *a*) paraplégie spasmodique, *b*) monoplégie crurale, c) syndrome de Brown-Séquard.

2° *Accidents cachés.* — Ils sont constitués par des petits signes nerveux des membres inférieurs uni- ou bilatéraux, n'entraînant aucune gêne pour le malade et, par suite, ignorés de lui : l'examen clinique seul les révèle. Pour eux, il y a lieu d'établir une division tenant compte des circonstances dans lesquelles ils sont reconnus :

a) Signes pyramidaux révélés immédiatement dès le premier examen (signes de Babinski, d'Oppenheim, exagération des réflexes tendineux qui, normaux aux membres supérieurs, ne peuvent être attribués à une exaltation générale de l'excitabilité réflexe, clonus du pied ou de la rotule);

b) Signes dont la rencontre n'est pas immédiate et qui apparaissent chez des rachianesthésiés qui ne ne se plaignent de rien, quand on a imposé au malade la réalisation d'un effort (syndrome de claudication médullaire intermittente de Dejerine).

Au sujet de cette symptomatologie effacée, A. et P. ont pensé qu'il pourrait bien s'agir de signes correspondant à de légères lésions médullaires, déterminées peut-être traumatiquement par la ponction rachidienne. Pour confirmer ou rejeter cette hypothèse, ils ont étudié le système nerveux de nombreux sujets ayant subi la ponction lombaire dans un but diagnostique (spécifiques ayant suivi longtemps le traitement). Or, ils n'ont pas retrouvé ces symptômes légers qu'ils avaient pu constater chez les rachianesthésiés. Ne pourrait-il donc s'agir d'une lésion inflammatoire provoquée par l'action irritante de la substance anesthésiante ? Stephanovitch, qui a étudié le liquide céphalo-rachidien chez 30 rachianesthésiés, signale, chez 11 d'entre eux, d'importantes modifications de ce liquide. Ce sont : l'hyperalbuminose, l'augmentation des éléments cellulaires (lymphocytose légère) et, dans un cas, une augmentation du sucre, ces altérations du liquide pouvant être associées ou non à des signes cliniques méningés.

On peut conclure de telles études à l'existence non douteuse de réactions méningées aseptiques dues au liquide anesthésique. Le toxique agit peut-être en provoquant des réactions congestives, comme le pense Stephanovitch, réactions qui peuvent donner lieu soit à un simple hyperglycorachis, soit même à de véritables méningites aiguës. Les observations de A. et P. leur permettent d'aller un peu plus avant dans l'interprétation des faits. Le toxique agirait non seulement sur les méninges, mais encore sur la moelle, peut-être par extension en profondeur du processus inflammatoire. Les foyers de myélite, de dimensions variables, ainsi déterminés, donneraient lieu, en conséquence, soit à des syndromes d'importance, soit seulement à cette *petite symptomatologie cachée* qui n'apparaît qu'au cours de l'examen neurologique.

J. Dumont.

PARIS MÉDICAL

J. Minet et **A. Patoir.** ***La chorée cardiaque évolutive*** (*Paris médical*, tome XX, n° 35, 30 Août 1930). — Les manifestations cardiaques au cours de la chorée sont admises par tous, mais on considère en général, l'endocardite de la chorée comme relativement bénigne et pouvant guérir. Mme Linossier-Ardouin, dans sa *Thèse* récente, est la première à émettre la possibilité de récidives et d'une cardiopathie évolutive. M. et P. apportent deux observations d'enfants âgées de 5 ans : la première ayant présenté une rechute de son endopéricardite en même temps qu'une rechute de chorée ; la deuxième ayant présenté, à la suite d'une chorée, des signes cardiaques qui varièrent à plusieurs reprises. Cette variabilité est considérée par les auteurs comme une preuve du caractère évolutif des lésions.

Il semble que les manifestations cardiaques de la chorée se rapprochent parfois, dans leur évolution, du rhumatisme cardiaque évolutif.

G. F. Capuani. ***Sur l'incompatibilité de l'arsenic avec la chimiothérapie aurique de la tuberculose*** (*Paris médical*, tome XX, n° 35, 30 Août 1930). — Expérimentalement, Möllgaard, chez des chats, avait constaté qu'il suffisait de quelques milligrammes d'acide arsénique, vingt-quatre heures après l'injection de sanocrysine, pour avoir de graves symptômes d'empoisonnement, suivis fréquemment de mort par paralysie ascendante.

Cependant, encouragé par un cas favorable observé par hasard, d'association d'aurothyosulfate et de cacodylate, C. a employé cette association thérapeutique dans 23 cas et il n'a pas observé d'accidents particuliers. En ne dépassant pas la dose de 1/2 centigr. par kilogr. d'aurothyosulfate, les accidents secondaires de la chrysothérapie n'ont paru que dans 6 pour 100 des cas et ont été légers. Il semble que, dans le double traitement, la diminution du poids corporel et l'augmentation de la vitesse de sédimentation des globules rouges se manifestent de façon moins évidente. L'association de néoarsénobenzol ne paraît pas plus toxique. *In vitro*, la mise en présence de sanocrysine ne montre pas de réduction avec le cacodylate de soude, l'arrhénal, les arsénobenzols, alors qu'il y a réduction avec l'anhydride arsénique.

L'intoxication par l'anhydride arsénique viendrait de ce que le système réticulo-endothélial, paralysé par l'or, ne protégerait plus l'organisme contre ce poison ; ce fait n'existe pas avec les autres préparations arsenicales.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

J. Froment et **M. Chambon.** ***L'insuline, médication adjuvante de l'encéphalite épidémique et de ses séquelles parkinsoniennes et psychiques*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 256, 5 Septembre 1930). — L'état parkinsonien est lié au dérèglement du mécanisme automatique qui, chez l'homme, stabilise les attitudes et règle l'adaptation aux divers modes statiques. Ce trouble entraîne un surmenage musculaire que l'étude du coefficient de Maillard-Lanzenberg, la recherche de la créatinurie et du métabolisme basal montrent évident : le travail musculaire de stabilisation est excessif et entraîne une cachexie redoutable.

Grâce à l'insuline, on peut conjurer cette complication. L'insuline est encore d'un utile appoint à la période d'état en atténuant la rigidité et en rapprochant de la normale les échanges biochimiques du parkinsonien. Une nouvelle observation d'encéphalite à forme prolongée s'accompagnant de contractures triplégiques tenaces vient montrer l'efficacité de la médication alcaline associée à l'insuline qui, par trois fois, fit céder en peu de jours les contractures.

En dehors de tout parkinsonisme, l'insuline paraît susceptible de modifier certaines séquelles psychiques de l'encéphalite épidémique : « légers états confus et anxieux du type pseudo-névropathique, véritables états oniriques n'ayant les uns comme les autres aucune tendance à la rétrocession spontanée». Les formes encéphalitiques tenaces, rebelles et récidivantes, peuvent encore bénéficier du traitement insulinique : l'observation d'une encéphalite à type périphérique datant de dix-huit mois, qui fut très améliorée, vient appuyer cette affirmation.

L'insuline semble agir surtout au niveau du muscle, elle rend au dystasique ses capacités musculaires en aidant à la disparition de l'acide lactique formé en excès au niveau du muscle surmené et en rendant normal un métabolisme musculaire vicié par excès de travail.

Robert Clément.

M. Favre et **J. Dechaume** (Lyon). ***L'hypergenèse nerveuse dans l'inflammation chronique*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 263, 20 Décembre 1930). — Dans l'inflammation chronique, les auteurs ont le plus souvent négligé les remaniements subis par le système nerveux de l'organe altéré.

Les hypergenèses nerveuses ont été étudiées surtout dans les appendicites neurogènes (P. Masson), dans les ulcères chroniques de l'estomac (Askanazy, Loeper et Turpin), dans les ovaires sclérokystiques (Lhermitte et Dupont).

Les documents histo-pathologiques, publiés par F. et D., montrent qu'elles existent aussi dans les parenchymes glandulaires. Au cours des pancréatites et des hépatites chroniques notamment, ils ont observé, dans la sclérose, à côté des reconstructions épithéliales d'allure adénomateuse et des régénérations musculaires d'aspect myomateux, une hypergenèse nerveuse indiscutable.

Il faut, pensent-ils, considérer une grande partie de ces hypergenèses comme des névromes de régénération et les assimiler aux névromes d'amputation des nerfs périphériques (Nageotte) ou aux névromes sympathiques cicatriciels post-opératoires (Leriche).

Etant donné le rôle joué par le système nerveux dans la régénération des tissus (Locatelli) et dans l'évolution des néoplasies expérimentales (Itchikawa), on peut se demander jusqu'à quel point ce remaniement anarchique du système nerveux intervient dans le processus mystérieux qui lie l'inflammation chronique au cancer.

D'autre part, ces névromes constituent dans les organes des épines irritatives locales qui peuvent modifier le fonctionnement du parenchyme respecté par l'inflammation et créer à distance des troubles douloureux et fonctionnels réflexes.

J. Dumont.

MARSEILLE MÉDICAL

M. Léger. ***La séro-floculation à la résorcine et la tuberculométrie*** (*Marseille médical*, tome LXVII, n° 12, 25 Avril 1930). — A 0,6 cmc de sérum centrifugé, qui doit être parfaitement clair, on mélange par agitation 0,6 cmc d'une solution bidistillée de résorcine pure à 1,25 pour 100. On mesure la densité optique du mélange au photomètre et l'on fait une nouvelle recherche de cette densité après quatre heures à 18-20 degrés. Le degré photométrique, la cote tuberculeuse, est constituée par la différence entre les deux chiffres. Elle s'échelonne entre 0 et 150.

Tous les sérums floculent avec la résorcine, mais les sérums tuberculeux plus que les normaux. En dehors de quelques sérums normaux hyperfloculants, un sérum dont le degré photométrique est supérieur à 30 est celui d'un tuberculeux ; à partir de 25 il faut se méfier : on est dans la zone d'alarme. Pour porter un jugement définitif sur un cas donné, il faut faire plusieurs épreuves et dresser la courbe des degrés photométriques. Le Vernes-résorcine est une réaction marquant l'activité du processus tuberculeux ; celui-ci peut être momentanément assoupi ou éteint.

La même technique peut s'appliquer au liquide céphalo-rachidien.

Le Vernes-résorcine fournirait un élément pour un diagnostic précoce; ses données sont en général parallèles à celle de l'évolution de la tuberculose. Il peut servir à surveiller les pneumothorax artificiels.

Dans les tuberculoses chirurgicales, l'épreuve est d'accord avec la clinique dans 50 pour 100 des cas; les chiffres de floculation sont élevés quand la lésion évolue.

L'étude des graphiques permet, avec la thermométrie et la radioscopie, de suivre l'évolution de la tuberculose.

La séro-floculation à la résorcine peut servir de réaction d'expertise pour le recrutement des jeunes soldats et à l'admission dans les grandes Compagnies.

Dans la tuberculose expérimentale du cobaye, le Vernes-résorcine peut servir à distinguer le cobaye tuberculeux du normal, mais l'animal ne doit être considéré comme tuberculeux qu'à partir d'un degré photométrique de 44.

La séro-floculation a permis de mettre en évidence l'existence de porteurs sains de bacilles tuberculeux.

Les avantages de la séro-floculation à la résorcine sont les mêmes que ceux de la réaction au péréthynol pour la syphilis : une seule prise de sang suffit pour déceler syphilis et tuberculose. Une liaison étroite entre les dispensaires anti-syphilitiques et anti-tuberculeux permet de « jumeler » la lutte contre les deux endémies.

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL BELGE D'UROLOGIE (Bruxelles)

F. Stobbaerts et **E. Henrard** (Bruxelles). ***L'urétrographie dans les traumatismes de l'urètre*** (*Journal belge d'Urologie*, tome III, n° 5, Octobre 1930). — Les auteurs ont appliqué l'urétrographie, après injection d'une solution de gélobarine diluée au tiers, à l'étude des rétrécissements traumatiques de l'urètre — siège et forme — et ils en publient des radiographies fort démonstratives :

1° Rupture traumatique de l'urètre. Pas d'urétrorragie, pas d'hématome, *pas d'incapacité de travail;* le blessé a réalisé, sans le savoir, le traitement par mobilisation immédiate; rétrécissement à évolution rapide. L'urétrographie montre une rupture traumatique de l'urètre spongieux avec fracture du pubis; rétrécissement court et très facilement dilatable;

2° Ruptures traumatiques complètes de l'urètre un peu en avant de la prostate, en arrière du bulbe;

3° Rupture du tissu spongieux et de la gaine fibreuse au niveau du plancher; à remarquer un bel hématome périnéal;

4° Rupture du tissu spongieux et de la gaine fibreuse; hématome périnéal, traumatisme ayant amené un rétrécissement serré de la région bulbaire;

5° Rupture complète. Urétrographie montrant un beau trajet de tout l'urètre jusqu'à la vessie; on remarque même dans le trajet prostatique le liquide qui a reflué dans les orifices et les canaux prostatiques;

6° Rupture complète indiquant nettement le siège de la lésion : le collet du bulbe.

J. DUMONT.

Beyer (Gand). ***Les kystes de l'uretère*** (*Journal belge d'Urologie*, tome III, n° 6, Décembre 1930. — Les kystes de l'uretère succèdent d'ordinaire à une urétéro-pyélite chronique, d'où le terme *d'urétérite kystique* qu'on a encore donné à cette lésion et qui lui convient mieux.

L'urétérite kystique est le plus souvent une découverte d'autopsie; cependant, ce n'est pas une affection inoffensive et elle peut déterminer des lésions importantes du côté des reins; aussi doit-on chercher s'il n'est pas possible de la diagnostiquer cliniquement. A cet égard, toutes les observations nouvelles méritent d'être enregistrées.

Celle que publie B. concerne une femme de 77 ans qui, au cours d'une myocardite, éprouve une douleur brusque et très violente dans la région droite de l'abdomen; tout aussitôt se dessinent des symptômes péritonéaux aigus auxquels elle succombe au bout de 4 jours. Jamais elle n'avait accusé de symptômes urinaires. A l'autopsie, on découvre une thrombo-phlébite de la veine mésentérique supérieure et un vaste infarctus intestinal portant sur tout l'intestin grêle, et la moitié droite du gros intestin. Le rein droit n'est plus représenté que par une coque fibreuse du volume d'un poing, renfermant un liquide louche. L'uretère droit est dilaté dans ses 10 cm. supérieurs; à ce niveau, la palpation révèle de petites nodosités ; le conduit étant fendu, on le voit tapissé, dans sa partie moyenne, de plusieurs petits kystes elliptiques brunâtres, du volume d'un grain de riz; certains de ces kystes sont rompus; leur contenu est consistant, mais s'écrase facilement sous l'ongle. Dans le trajet pelvien de l'uretère, on trouve encore deux kystes et l'on en voit deux autres dans la vessie — par ailleurs d'apparence normale — au niveau du trigone.

Les coupes microscopiques des kystes, qui sont, les uns intrapariétaux, les autres intracanaliculaires, les montrent tapissés d'un épithélium polystratifié dont les rangées sont le plus souvent indécises, à éléments polymorphes. Les cellules ont un noyau clair réticulé avec grains de chromatine; le protoplasma clair est d'autant plus abondant qu'on se rapproche de la lumière du kyste; là, il paraît gonflé considérablement, se soudant au protoplasme des cellules voisines pour former des masses hyalines amorphes dans lesquelles il n'existe plus apparence de noyaux. Tout autour se rangent les fibres musculaires en couches circulaires et longitudinales; entre leurs faisceaux se voient, de-çi, de-là, des infiltrations micro-cellulaires discrètes. Les kystes renferment une substance colloïde brunâtre qui prend mal les colorants et se divise facilement en lamelles informes où l'on retrouve parfois quelques débris d'éléments cellulaires.

L'origine de ces kystes a fait l'objet de nombreuses hypothèses et on a mis successivement en avant leur origine parasitaire, glandulaire, épithéliale, cette dernière admise par la majorité des auteurs; mais le processus de la formation de ces kystes nous échappe.

L'urétérite kystique n'est pas une affection inoffensive; elle compromet gravement l'avenir du rein par les troubles intenses qu'elle apporte dans le dynamisme pyélo-urétéral et par l'obstacle mécanique qu'elle oppose, lorsque les kystes sont nombreux et volumineux, au passage de l'urine vers la vessie. Il y a toujours, lorsqu'elle existe, rétention et dilatation : rétention, conséquence des troubles de la contractilité du muscle pyélo-urétéral; dilatation, conséquence de l'affaiblissement de son tonus musculaire. Aux lésions de dilatation s'ajoutent celles amenées par l'infection; à un degré peu prononcé, il y a, avec l'atrophie plus ou moins avancée du parenchyme rénal, les lésions habituelles des néphrites chirurgicales : infiltrations leucocytaires intertubulaires, périglomérulaires, foyers de sclérose, hémorragies interstitielles, abcès corticaux, périnéphrite scléro-lipomateuse; à un degré plus avancé : pyonéphrose. En définitive, *l'urétérite kystique aboutit à la destruction du rein.*

Elle constitue donc bien une affection chirurgicale, dont il serait intéressant de faire le diagnostic clinique. Or, si son évolution peut être silencieuse, dans certains cas, certains symptômes, certaines circonstances doivent faire soupçonner l'urétérite kystique, notamment *toutes les fois que, concurremment avec les signes d'une cystite d'allure chronique, le cystoscope montre la présence de kystes dans la vessie.*

J. DUMONT.

BRUXELLES MÉDICAL

J. Puente et **L. A. Cordiviola** (Buenos Aires) ***Hypersensibilité aux arsénobenzènes; érythrodermies vésiculo-œdémateuses; intra-dermo-réactions*** (*Bruxelles médical*, tome X, n° 47, 21 Septembre 1930). — Les accidents provoqués par les injections des arsénobenzènes sont nombreux et variés.

Les auteurs ont observé 6 cas d'érythrodermie vésiculo-œdémateuse. Quatre à six semaines après le début du traitement, on voit apparaître des paresthésies des membres, un prurit intense, de la fièvre, un érythème, d'abord en taches dispersées qui confluent pour prendre un aspect scarlatiniforme ou pétéchial; le signe du lacet est positif dans la majorité des cas. Dès les premiers jours, après l'apparition de l'exanthème, survient de l'œdème de la face et des membres et l'épiderme montre une profusion de vésicules qui évoluent avec rapidité vers la desquamation. Il y a oligurie et augmentation de poids, mais pas d'altération rénale ni vésicale bien définie. Tous ces symptômes se terminent par de la polyurie et de la desquamation. Parfois, il y a des complications d'ordre pyogène.

Des érythrodermies analogues ont été causées par d'autres sels d'arsenic, le cacodylate de soude et les composés pentavalents; on peut en observer aussi avec les sels de bismuth et les dérivés de l'or.

L'intradermo-réaction à l'aide d'une goutte de solution à 1 pour 100 du produit provoque chez tout malade qui a eu une érythrodermie causée par le 914 une plaque érythémato-vésiculaire, véritable érythrodermie en miniature. Chez les malades en pleine éruption, on observe un nodule infiltré sans érythème, ni vésicule; plus tard, la réaction devient positive.

Les intradermo-réactions avec d'autres produits furent presque toutes négatives, ce qui prouve une sensibilité élective pour le composé organique employé et 35 sujets, en plein traitement bismuthique ou arsénical, pris comme témoins, présentèrent des réactions négatives ou légèrement positives.

Les exanthèmes du 9e jour se comportent à ce point de vue différemment des érythrodermies toxiques.

Il existe une phase dans laquelle la réaction est négative et l'on ne peut utiliser l'intradermo-réaction avec le néosalvarsan comme indice d'une prédisposition pour la dermite avant de commencer un traitement.

Ces faits tendent à prouver que les dermites arsénobenzoliques tardives et, par extension, celles provoquées par d'autres produits sont des lésions allergiques.

ROBERT CLÉMENT.

Behaegel (Bruxelles). ***Curiethérapie sous-cutanée du lupus*** (*Bruxelles médical*, tome X, n° 47, 21 Septembre 1930). — Lorsqu'on ne dispose pas d'une lampe de Finsen, lorsque des foyers de nodules lupiques, à cause de leur situation profonde, résistent à la Finsenthérapie, on peut employer une méthode thérapeutique expéditive et très simple dont l'action est plus radicale que les scarifications, cautérisations ou raclages.

Pour atteindre les nodules lupiques de la profondeur, il faut, lorsqu'on les irradie au moyen de plaques radifères, donner à la zone superficielle du revêtement cutané une dose excessive de rayons qui peut provoquer une plaie douloureuse et lente à se cicatriser. Au contraire, une aiguille de radium dans l'épaisseur de l'hypoderme ne provoque aucune perturbation; une aiguille de 6-6 peut rester sept jours dans une peau saine sans provoquer de nécrose des tissus. Mais il faut se méfier des lupus où la peau est épaissie sous l'accumulation des nodules et la guérison du lupus n'exige pas en général de doses aussi fortes : des aiguilles de 2 1/2 à 3 cm., suffisent.

Au moyen d'une pince appropriée, une aiguille

en platine, de 0,4 d'épaisseur, chargée de radium est enfouie dans l'hypoderme; on l'y laisse de trois à sept jours suivant la charge de l'aiguille, l'épaisseur du tissu à irradier et l'état de conservation de la peau.

La guérison se fait par sclérose; le tissu fibreux enserre les nodules et finit par les atrophier. Si des nodules superficiels échappent à l'irradiation, il est facile de les atteindre dans la suite au moyen de cautérisation superficielle. La réaction fibreuse est plus lente et plus imparfaite dans les lupus anciens; leur stérilisation complète demande plus de persévérance.

21 malades atteints de lupus localisés, datant de 2 à 25 ans, virent leur lésion régresser progressivement; 7 de ces malades étaient traités depuis des années par des dermatologistes expérimentés.

9 lupus étendus à la majeure partie du visage furent traités par la curiethérapie hypodermique à titre auxiliaire. Chez ces malades, les récidives devinrent de plus en plus espacées, mais il faut beaucoup de persévérance pour aboutir à l'extinction complète du mal.

Il y eut un échec dans un lupus à poussée congestive et deux autres chez des malades affaiblis; la réaction fibreuse se fit mal et la cicatrice resta farcie de nodules.

Pour la plupart des lupus, la curiethérapie hypodermique montre une supériorité incontestable sur les autres traitements.

Robert Clément.

SCHWEIZERISCHE MEDEZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

E. Ramel. ***Acné vulgaire et tuberculose*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LX, n° 26, 9 Août 1930). — R. précise, dans ce travail, qu'il s'occupe d'acné vulgaire survenant chez les adolescents après apparition d'un état séborrhéique, et caractérisé par des comédons et par des lésions inflammatoires. L'étiologie de l'acné a été rattachée par Sabouraud à un micro-bacille et par L. W. Ketroen et H. Brown à l'acné-bacille ainsi qu'au straphylocoque blanc. Mais on n'est pas arrivé à reproduire les comédons avec ces germes et, d'autre part, R. remarque que Goldschmidt a retrouvé autant de staphylocoques chez les individus normaux que chez les acnéiques; beaucoup de nodules d'acné ont d'ailleurs une origine profonde, hypodermique, et il faut admettre que la provenance de ces lésions est endogène. D'ailleurs, les pustules d'acné proprement dites se montrent le plus souvent stériles.

Dans une série de cas, R. a observé, concurremment avec de l'acné, des lésions rappelant plus ou moins nettement la tuberculose cutanée: abcès froids véritables, chéloïdes, cicatrices en pelure d'oignons caractéristiques de l'anéthodermie maculeuse, etc. Des examens bactériologiques pratiqués dans ces cas ont permis de déceler, après plusieurs passages successifs, quelques bâtonnets acido-résistants.

R. a été alors amené à pratiquer systématiquement l'inoculation de nodules d'acné vulgaire provenant de sujets non tuberculeux. Dans 6 cas, il a ainsi déterminé, chez l'animal d'expérience, des lésions qui par culture donnèrent naissance à des bacilles de Koch. Dans 4 autres cas, il a fallu plusieurs passages successifs pour obtenir une culture positive.

Les cobayes auxquels cette inoculation a été pratiquée présentent des ganglions iléolombaires ou rétro-mésentériques hyperplasiés et vitreux à la coupe. Le foie est hypertrophié et présente des lésions de dégénérescence graisseuse et de stase prononcées; des frottis pratiqués avec les tissus atteints de dégénérescence graisseuse montrent des granulations acidophiles et parfois des bâtonnets acido-résistants, mais pas de structure tuberculoïde. Il s'agit donc, dans ces cas d'acné, d'une forme de tuberculose atypique du genre de celles qui ont été décrites par Calmette et Valtis ou par Paisseau et Oumansky, et qui permettent d'admettre que l'acné junévile représente une sorte de vaccination naturelle de l'organisme contre le bacille de Koch analogue à la scrofulose dont Marfan a montré le pouvoir préventif vis-à-vis de la phtisie.

Griesbach, dans une étude étendue à plus de 18.000 tuberculeux soignés dans les sanatoria, a constaté que 35 fois sur 100 il existe de l'acné. D'autre part, l'acné vulgaire, comme les lésions de tuberculose proprement dites est très sensible à l'iodure de potassium et à la menstruation qui représente une rupture d'équilibre entre l'organisme et le bacille de Koch. Ainsi l'acné est une forme de tuberculose bénigne et vaccinante dont nous ne connaissions pas encore le visage. R. remarque d'ailleurs que les sujets acnéiques sont plus souvent indemnes de tuberculose clinique ou que la tuberculose pulmonaire dont ils sont atteints a une tendance naturelle à la guérison plus marquée que chez les phtisiques non acnéiques. R. se demande, en terminant, quelle action le BCG peut avoir sur l'acné et notamment s'il en augmenterait la fréquence au détriment des tuberculoses graves.

P.-E. Morhardt.

A. Pometta. ***Douleur provoquée par l'augmentation de la pression du liquide céphalo-rachidien*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LX, n° 33, 16 Août 1930). — La stase des veines du cou augmente normalement la pression du liquide cephalo-rachidien: c'est le symptôme de Queckenstedt. Par ce même mécanisme on provoque des phénomènes douloureux qui peuvent servir de guides pour apprécier l'évolution de processus morbides. C'est ce que P. a constaté en pratiquant la stase chez un jeune homme présentant des symptômes de sciatique gauche avec signe de la toux de Dejerine, anesthésie et hypoesthésie qui parlaient en faveur d'une radiculite de la deuxième racine sacrée.

Chez ce malade, la première stase a été pratiquée à un moment où il ne subsistait aucun symptôme douloureux; au bout de trois à quatre minutes, il a commencé à ressentir, là où il éprouvait autrefois des douleurs, une sensation de froid, puis, trois minutes plus tard, une sensation douloureuse; la stase a duré en tout dix minutes, après quoi la douleur a disparu.

Quatre mois plus tard, à la fin d'une récidive, en pratiquant la même épreuve et en munissant le malade d'un dermographe pour lui permettre d'indiquer les endroits où il souffrait, on a provoqué, au bout de quatre minutes, des douleurs qui partaient du creux poplité et se continuaient jusqu'au mollet, d'une part, et jusqu'au milieu de la cuisse d'autre part. Quatre minutes plus tard, la douleur s'était encore étendue à la fesse gauche et dans la région du trou sciatique en même temps que le signe de la toux était redevenu positif.

Ces observations montrent qu'une stase des veines du cou peut réveiller une douleur dont l'origine se trouve dans l'espace baigné par le liquide céphalo-rachidien ou dans son voisinage immédiat.

Pour pratiquer cette épreuve, P. place pendant cinq à huit minutes un lien élastique autour du cou. Le malade ne doit éprouver rien de plus que des sensations désagréables de la tête. L'usage d'un dermatographe est commode.

Cette épreuve est contre-indiquée en cas de processus cérébraux, d'artériosclérose ou de méningite aiguë.

P.-E. Morhardt.

E. Fritzsche. ***Perturbations athmosphériques, thromboses et embolies pulmonaires*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LX, n° 38, 20 Septembre 1930). — F. rappelle tout d'abord que F. de Quervain a montré que la fréquence des embolies ne varie pas, en Suisse, avec la saison. Néanmoins F., entraîné par les nombreuses recherches faites sur l'influence pathologique des phénomènes météorologiques, a étudié les variations de pression et d'humidité relative, ainsi que la direction du vent et l'état de l'atmosphère pendant la période qui a séparé l'intervention de l'embolie, pour 35 cas survenus entre 1921 et 1929 à Glaris, ville appartenant à une région ou le *föhn* (vent du sud avec 30 pour 100 d'humidité relative au maximum) est fréquent.

Les observations faites se résument de la façon suivante.

La courbe barométrique a été très agitée dans 16 cas et très calme dans 8 autres cas. Le föhn a soufflé 9 fois; il soufflait dans des régions voisines pour 6 autres cas. Un seul cas est survenu alors qu'on n'enregistrait aucun courant aérien venant du sud. Les précipitations ont été observées 25 fois, au plus deux jours avant ou deux jours après l'embolie. F. en conclut que les embolies de son service sont survenues par changement de temps et souvent sous l'influence du föhn.

Dans la seconde partie de son travail, F. étudie la littérature consacrée aux influences électriques et il exprime l'idée que les phénomènes électriques dont l'athmosphère est le siège doivent modifier les conditions de résistance et les processus électriques du corps humain.

Comme méthode prophylactique, il conseille, avec Boshammer, d'administrer de la thyroxine, de l'atropine et des boissons en abondance et il demande que la prévision du temps s'étende à ces phénomènes météorologiques qui sont capables de manifester une influence paralysante sur la circulation par action sur le système végétatif, afin de différer, s'il est possible, les interventions le plus fréquemment associées à des embolies.

P.-E. Morhardt.

G. Soberheim et H. Meyer. ***Recherches sur la présence du bacille de la tuberculose dans le fromage suisse (fromage d'Emmenthal et fromages en boîte)*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LX, n° 36, 6 Septembre 1930). — Dans ce certificat, destiné à l'Union suisse des Fabricants de Fromages, S. et M. exposent une série de recherches très minutieuses qu'ils ont poursuivies sur 111 échantillons de fromages suisses d'Emmenthal ou en boîte. Chacun de ces échantillons a fait l'objet d'une inoculation à 3 cobayes; une autre partie en était consacrée à faire des cultures d'après la méthode de Löwenstein-Sumijoshi-Hahn. Les résultats ont été entièrement négatifs. Quand il y avait doute, les organes des animaux étaient inoculés à d'autres cobayes et faisaient l'objet de cultures qui ont été également négatives.

Il y a lieu de remarquer d'ailleurs qu'un certain nombre de cobayes sont morts spontanément d'une épidémie; il en est resté tout de même 73 qui ont pu être observés de 1 mois 1/2 à 4 mois.

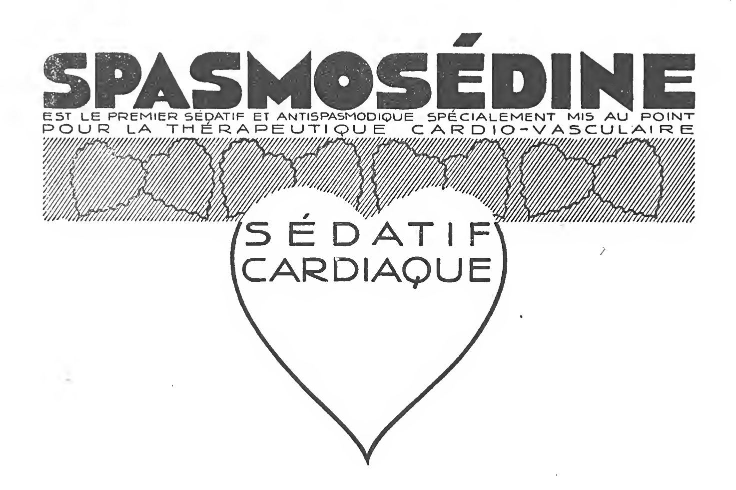
Ces résultats négatifs sont conformes à d'autres recherches faites notamment par Harrisson et ils sont dus, d'après S. et M., à la température assez élevée (55 à 56°) à laquelle le fromage d'Emmenthal est soumis pendant 30 minutes. Au contraire, le procédé de Cheddar, utilisé en Amérique, n'élève la température du fromage qu'à 36° ou 38°, ce qui paraît être insuffisant pour détruire les bacilles.

En outre, le procédé de maturation, qui dure plusieurs mois avec l'Emmenthal, contribue à rendre le produit final absolument dépourvu de germes.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES
ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN

A.-J. Anthony. ***Recherches sur les volumes pulmonaires et la ventilation pulmonaire*** (*Deutsches Archiv für klinische Medezin*, tome CLXVII, n°s 3 et 4, Juillet 1930). — Après avoir donné des


SPASMOSÉDINE
EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT
POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE
SÉDATIF
CARDIAQUE



détails circonstanciés sur la méthode qu'il emploie pour mesurer les volumes et la ventilation pulmonaires, A. rappelle quelques définitions : la capacité totale, qui est le contenu des poumons dans l'inspiration maximum ; le volume résiduaire, qui est le contenu des poumons dans l'expiration maximum ; la capacité vitale, qui est la différence entre le volume maximum et le volume résiduaire et qui est constituée par l'air de réserve : l'air fonctionnel et l'air complémentaire ne peuvent être calculés qu'en connaissant l'air résiduaire.

Chez 50 jeunes hommes normaux et entraînés, la capacité vitale est représentée par un chiffre 2 à 3 fois plus fort que celui du métabolisme de base. L'air résiduaire représente 1/3 de la capacité vitale. La capacité maximum s'est trouvée, chez les individus couchés, de 5.110, chez les individus assis de 5.340, et, chez les individus debout, de 4.980 cmq. L'air de réserve a oscillé entre 400 et 1.500 cmc ; ce chiffre se modifie également avec la position du corps. L'air complémentaire varie entre 1.500 et 4.000 cmc, soit environ 63 pour 100 de la capacité vitale. La capacité normale représente en moyenne 40 pour 100 de la capacité maximum dans le décubitus et 48 pour 100 dans la position assise ou debout. Le volume du poumon est donc plus grand dans la station assise que dans la station debout, quand la respiration est calme.

Parmi les nombreux cas étudiés par A., on doit noter que la thoracoplastie diminue l'air de réserve et l'air complémentaire. Chez les gestantes, au cours des derniers mois, ces volumes sont également diminués d'une façon appréciable. Le pneumothorax artificiel ne diminue pas la capacité vitale d'autant que le contenu thoracique a été augmenté par l'air introduit à cause de la manière dont la paroi thoracique et le médiastin, etc., se comportent. En général, c'est l'air résiduaire qui diminue, tandis que la capacité vitale reste à peu près constante. Dans la tuberculose pulmonaire, on a admis de nouveau, dans ces derniers temps, que la capacité vitale est diminuée d'une façon caractéristique. Mais les recherches de A. sur 80 malades ont montré qu'il n'existe pas de parallélisme entre l'extension du processus ou la toxémie et la diminution de la capacité vitale. Chez les emphysémateux, de même que dans l'asthme, la capacité vitale est diminuée et, surtout, l'air résiduaire est augmenté.

La capacité normale représente le volume de gaz intra-pulmonaires auquel doit s'ajouter l'air inspiré. Dans ce phénomène, la diffusion des gaz joue un rôle plus important qu'on ne l'aurait cru. D'autre part, des régions sont moins bien ventilées que d'autres. Si une partie n'est pas ventilée quoique normalement irriguée, le sang artériel présente un déficit d'oxygène. L'équivalent de ventilation pour l'oxygène représente, selon A., la quantité d'air nécessaire pour que les poumons puissent recueillir 100 cmc d'oxygène. Cet équivalent de ventilation est au maximum quand la respiration est fréquente et superficielle, c'est-à-dire dispendieuse ; normalement il varie de 2 à 4,5 litres.

La dyspnée et l'eupnée désignent des sensations subjectives ; objectivement on doit parler seulement d'hypoventilation et d'hyperventilation. Cette dernière s'observe quand on fait respirer de l'acide carbonique, de même que chez les cardiaques ou les néphritiques ; elle peut être constatée sans que les patients remarquent rien. La dyspnée n'est pas nécessairement en rapport avec l'hyperventilation. L'hypoventilation s'observe souvent avec la dyspnée et résulte d'une inhibition mécanique réflexe ou centrale de la respiration.

Dans un état pathologique et notamment lorsqu'il existe une gène mécanique de la respiration à cause de lésions intra-abdominales ou thoraciques, l'équivalent de ventilation n'est pas augmenté. Il ne l'est pas davantage dans le pneumothorax ou dans la tuberculose pulmonaire. En cas d'emphysème, il y a légère hyperventilation.

P.-E. Morhardt.

K. Thiel et W. Quednau. ***Etude de pneumotachographie : 1) l'influence de médicaments sur la courbe de l'asthme*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLVII, n° 3 et 4, Juillet 1930). — Le pneumotachogramme, pris avec le compteur différentiel de Fleisch, permet de distinguer des courbes en coupoles, en plateau et aiguës, ainsi que de mesurer la durée exacte de la respiration, la vitesse maximum du courant d'air, le début et la fin des phases et enfin, en évaluant la surface de l'espace limité par une élévation et un abaissement de la courbe, d'apprécier la profondeur de la respiration.

Cette courbe présente chez les asthmatiques un type particulier : l'expiration, d'abord très rapide puis très lente, traduit une sténose marquée des bronchioles.

L'administration d'adrénaline ou d'atropine provoque une amélioration subjective et la suppression du spasme bronchique ; mais les deux substances ne réagissent pas de même sur le pneumotachogramme : avec l'adrénaline le débit par minute reste identique ou augmente, la vitesse d'écoulement maxima s'élève, et la durée de l'inspiration ne se modifie pas ; avec l'atropine, il y a diminution du débit par minute, de la vitesse maximum et de la durée de l'inspiration. Ces différences sont dues probablement à ce que l'atropine possède une action centrale à côté de son action périphérique.

K. Thiel. ***Etudes pneumotachographiques : 2) La dypsnée cardiaque.*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLVII, n°s 3 et 4, Juillet 1930). — Parallèlement au degré de compensation, on observe une augmentation de débit par minute par accélération du rythme respiratoire et augmentation de la profondeur de la respiration. Il existe souvent une augmentation relative du temps de l'expiration. La vitesse maximum d'expiration est normalement plus faible dans l'inspiration que dans l'expiration. En cas de décompensation, c'est parfois l'inverse qui s'observe et, en tous cas, les deux chiffres se rapprochent l'un de l'autre. La courbe présente souvent des ondes brèves synchrones avec l'action du cœur.

L'inspiration étant renforcée, le sang est mieux pompé dans le cœur droit et la profondeur respiratoire représente une partie si importante de la capacité vitale que l'air de réserve se trouve diminué. La position d'expiration est abaissée et le travail du cœur facilité. L'inspiration est totalement et l'expiration partiellement active.

P.-E. Morhardt.

P. Philosophow. ***Le diagnostic des pleurites paramédiastinales*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLVII, n°s 3 et 4, Juillet 1930) — P. rappelle d'abord les travaux de l'Ecole française depuis Laennec et Andral jusqu'à Dieulafoy et Chauffard, consacrés aux pleurites paramédiastinales et il remarque que ses propres recherches lui ont appris la valeur de nouveaux signes cliniques et lui ont fait faire le diagnostic de pleurite paramédiastinale, confirmé ensuite par les rayons X, avec une fréquence surprenante.

Parmi ces signes figure d'abord une matité au niveau du manubrium. Cette matité forme un triangle à base supérieure et à pointe joignant la matité cardiaque absolue ; parfois même elle la dépasse en s'étendant soit à droite jusqu'au foie, soit à gauche, en débordant la matité cardiaque (pseudo-péricardite). En arrière, dans l'espace inter-scapulaire, on observe, quoique moins fréquemment, une matité en bandes disposées le long de la colonne vertébrale.

Aux rayons Roentgen, on constate que l'ombre du cœur et des gros vaisseaux est irrégulière avec des travées allant surtout du hile au diaphragme et rendant difficile une délimitation exacte de l'ombre du cœur. Mais on n'observe pas d'obscurité qui corresponde à la matité du manubrium.

Ces exsudats, au cours de leur développement, donnent lieu à ce que P. appelle le «petit syndrome médiastinal », par opposition au grand syndrome qui s'observe en cas de tumeurs ou de gros épanchement.

Ce petit syndrome est caractérisé, en outre des signes qu'on a vus, par une participation plus ou moins nette des nerfs vague, récurrent, sympathique, phrénique et des plexus cardiaque, aortique, etc. Les symptômes généraux font parfois penser à une névrose cardiaque, à une angine de poitrine, à une dyspepsie, etc. On observe parfois, d'une façon généralement passagère, de la mydriase, des nausées, des vomissements, même des hématémèses par gastrite ulcéreuse.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

H. Fernbach. ***Essais thérapeutiques à l'aide du vaccin antituberculeux de Friedmann dans la tuberculose infantile*** (*Deutsche medezinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 31, 1er Août 1930). — Les essais ont porté sur un nombre restreint d'enfants, mais chaque cas avait été suivi et étudié avec soin avant l'inoculation et une surveillance constante a été effectuée durant toute l'évolution de la maladie. La publication actuelle a lieu pour répondre aux articles prétendant que les insuccès hospitaliers sont dus à un choix défectueux des cas traités, alors que les médecins praticiens obtiendraient des résultats très supérieurs.

Les 11 enfants soumis au traitement ont été choisis parmi 30 sujets bacillaires de la Clinique de Leipzig par Friedmann lui-même qui a indiqué les doses vaccinales à employer pour chacun d'entre eux et porté un pronostic thérapeutique favorable. Au cours du traitement, ils ont été revus une fois par Friedmann et une autre fois par son assistant, alors qu'ils étaient suivis régulièrement par F. pendant 7 mois. Les cas choisis comportaient des tuberculoses ostéo-articulaires, péritonéales, ganglionnaires et cutanées et, pour chacun d'entre eux, Friedmann avait précisé l'amélioration qu'il escomptait.

Or, l'évolution répondit exactement chez tous à ce qu'on observe habituellement avec les thérapeutiques classiques. Alors que Friedmann pensait pouvoir apprécier l'action de son traitement dès le 13e jour, F. a voulu attendre un semestre avant de juger des résultats, estimant que nulle action vaccinale ne pouvait plus être escomptée après ce délai. Or dans l'ensemble aucune amélioration spéciale n'a été observée, l'évolution des divers cas cliniques s'est poursuivie normalement, avec le pourcentage habituel d'aggravation et d'amélioration dans les délais prévus par le médecin traitant. Les régressions annoncées par Friedmann lors du premier examen ne se sont pas produites.

F. conclut que le vaccin n'a exercé aucune influence, ni dans un sens favorable, ni dans un sens défavorable, sur l'évolution de ces tuberculoses.

G. Dreyfus-Sée.

W. Mann. ***Le traitement de la méningite purulente*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 31, 1er Août 1930). — Le pronostic des méningites purulentes reste sévère quelle que soit leur origine. Les méningites otogènes, après drainage du foyer purulent initial, sont celles qui paraissent le plus souvent curables. Pour les autres la mortalité atteint environ 30 pour 100.

M. propose d'employer comme traitement le lavage de la cavité sous-arachnoïdienne par une solution salée physiologique au moyen de la ponction systématique sous-occipitale qui lui paraît très supérieure à la ponction lombaire habituelle.

En général, le liquide obtenu par ponction haute est, lors des méningites suppurées, beaucoup plus

purulent que le liquide extrait au niveau des lombes.

Dans 3 cas cette thérapeutique, facile à effectuer, aurait fourni de bons résultats.

M. signale l'existence, au cours de la période de régression de la méningite suppurée, de réticulums fibrineux assez grossiers apparaissant dans le liquide, analogue à ceux qu'on a considérés à tort comme caractéristiques de la méningite bacillaire. Ces coagulums, plus massifs que ceux des liquides tuberculeux, apparaissent dans le tube après deux à quatre heures de repos.

G. Dreyfus-Sée.

E. Urbanitsky. ***La prophylaxie de la diphtérie dans les asiles à l'aide de la pommade prophylactique antidiphtérique selon la méthode de Lœwenstein*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 32, 8 Août 1930). — U. passe rapidement en revue les inconvénients des méthodes actuelles de prophylaxie antidiphtérique.

L'immunisation passive, efficace mais pour une faible durée, expose les enfants injectés systématiquement lors d'épidémies hospitalières ou scolaires à des incidents sériques ou même anaphylactiques sérieux. La valeur de la réaction de Schick est discutable : dans une épidémie survenue dans une crèche à Vienne, les enfants ayant un Schick négatif n'avaient pas reçu de sérum préventif, or 3 d'entre eux présentèrent des diphtéries graves.

La vaccination avait permis tous les espoirs. Les premiers essais avec les mélanges toxine-antitoxine hyponeutralisés présentaient des risques sérieux. Les mélanges neutralisés ou hyponeutralisés, injectés à plusieurs reprises, ont l'inconvénient d'introduire des protéines sensibilisantes exposant à des incidents ultérieurs anaphylactiques : sur 566 enfants ainsi traités par Gordon et Cresswil en Amérique, 74 pour 100 étaient sensibilisés lors d'injections de sérum antiscarlatineux ou antidiphtérique ultérieures. L'anatoxine de Ramon évite ces risques, mais Pirquet et Nobel ont publié en 1928 des observations comportant des réactions vaccinales sérieuses et en outre ils admettent l'existence d'une phase de sensibilisation assez intense et prolongée : 13 enfants sur 163 injectés ont contracté la diphtérie pendant cette période et ce chiffre est nettement plus élevé que la statistique de diphtérie des non vaccinés ne le comporte à la même époque.

Lœwenstein s'est efforcé de trouver un procédé inoffensif, facile à appliquer et suffisamment efficace. Il se servit comme antigène d'une culture non filtrée atténuée par le formol. Son principe directeur pour l'emploi d'une méthode cutanée était que seules les affections s'accompagnant d'un exanthème aigu, donc dermotropes, développent une véritable immunité (rougeole, variole, etc.). La peau serait donc susceptible de jouer un rôle important dans l'immunisation.

U. a employé la pommade prophylactique de Lœwenstein pour immuniser 93 sujets d'un asile (enfants et adultes). La peau était lavée et savonnée, puis dégraissée à l'éther, et la pommade était appliquée par friction jusqu'à disparition. La première friction employait 1 cmc de pommade; la deuxième, 2 cmc; la troisième, 3 cmc. Un intervalle de deux mois séparait chaque friction.

Aucun incident n'a été observé et le Schick a été négativé après la troisième friction dans un pourcentage de cas analogue à celui obtenu par injection. La dangereuse période de sensibilisation ne semble pas succéder à l'immunisation percutanée.

L'immunité paraît obtenue en 45 jours, mais elle augmente encore et serait au maximum au 4e ou 6e mois. Cependant seule la réaction de Schick a été utilisée pour apprécier les résultats, aucun dosage d'antitoxine n'ayant pu être pratiqué. Alors que plusieurs cas de diphtérie avaient été observés les années précédentes (5 à 7 cas par an depuis 1924), aucun enfant vacciné par voie cutanée n'a été atteint durant l'année 1929, période pendant laquelle l'épidémie viennoise était cependant particulièrement intense.

G. Dreyfus-Sée.

C. Pototzky. ***L'enfant nerveux : diagnostic et traitement*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 33, 15 Août 1930). — Les travaux récents ont élargi le cadre pathologique dans lequel rentre l'enfant nerveux et montré que nombre d'affections considérées comme essentielles (par exemple, l'énurésis) relèvent en réalité fréquemment du domaine de la psychopathologie.

L'examen doit comporter une participation neuropsychiatrique et pédiatrique.

Tout d'abord, on s'efforcera d'apprécier les éléments psychologiques : milieu, éducation, etc. L'interrogatoire de la mère, ou, mieux encore, l'observation de l'enfant avec ses parents dans la salle d'attente, sans qu'ils s'en doutent, pourraient fournir des indications précieuses.

En second lieu, l'examen complet de l'enfant : habitus, tares physiques, ou nerveuses, recherche soigneuse de troubles endocriniens et vaso-moteurs (l'auteur insiste, en particulier, sur l'examen capillaroscopique qu'il a étudié chez l'enfant), permet de dissocier du groupe des enfants psychopathes toute une série de sujets dont les affections relèvent de tares physiques.

Parmi les enfants nerveux constitutionnellement, on peut distinguer : les enfants neuropathes (troubles vasomoteurs), les psychopathes, les retardés (type fœtal), les enfants présentant des troubles endocriniens. La recherche des tests (méthode de Binet et Simon et ses variantes) apporte enfin un élément important à condition de tenir compte des notions psychologiques et physiopathologiques.

La thérapeutique varie selon les groupes : autant que possible, elle doit être étiologique et traiter l'état constitutionnel plutôt que s'attaquer aux symptômes.

C'est ainsi que, selon les cas, on emploiera le traitement antirachitique, l'aération, les bains de lumière, de soleil et d'air; la psychothérapie, voire même la psychanalyse; les traitements opothérapiques; et enfin on s'efforcera d'utiliser habilement les méthodes pédagogiques, parfois de changer l'enfant de milieu, de l'isoler ou de le confier à des établissements spécialisés.

La donnée primordiale du traitement est sa stricte adaptation à l'organisme et aux particularités du petit malade, la précision du diagnostic étant la condition essentielle du succès.

G. Dreyfus-Sée.

Lippmann. ***Altérations buccales déterminées par des processus électriques lors des oblitérations métalliques des dents*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 33, 15 Août 1930). — Le contact de plusieurs métaux dans la cavité buccale peut déterminer l'apparition de courants électriques susceptibles d'atteindre 1/10 de milliampère pour 200 millivolts. Il en résulte des manifestations nerveuses locales : troubles du goût, brûlures de la langue. En outre l'électrolyse libère des métaux lourds en solution. Or, on sait maintenant que de petites quantités de cuivre ou de zinc absorbées quotidiennement pendant un temps prolongé, sous forme d'ions, peuvent fort bien déterminer des intoxications chroniques.

Deux observations publiées démontrent le danger de ces pratiques odontologiques.

G. Dreyfus-Sée.

K. Wolff, J. Averhoff et M v. Echeen. ***Carotine et vitamine A*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 34, 22 Août 1930). — Les auteurs ont réussi, à l'aide d'une méthode colorimétrique et chimique qu'ils indiquent, à séparer et à doser quantitativement la vitamine A et la carotine dans des substances d'origine végétale ou animale. Ils ont ainsi pu établir que les plantes contiennent très peu, ou pas de vitamine A (choux, épinards, navets). Lorsque celle-ci existe, elle est en petite quantité et se trouve unie à la carotine, abondante, et non à la xanthophylle.

Les produits d'origine animale peuvent, par contre, contenir à la fois, la vitamine A et la carotine, toutes deux en proportions importantes : le foie et l'huile de foie de morue renferment presque uniquement la vitamine, mais le jaune d'œuf et le beurre contiennent des quantités notables de carotine et de vitamine A.

G. Dreyfus-Sée.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Wenckebach. ***Traitement digitalinique*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXX, n° 10, 1er Mars 1930). — W. considère que tous les cas d'insuffisance cardiaque sans exception sont justiciables du traitement digitalinique, y compris les aortites et les bradycardies.

Au point de vue posologie, il utilise la poudre de feuilles de digitale au lieu des solutions stabilisées dont on use plus habituellement; néanmoins il a recours dans certains cas aux injections intraveineuses ou sous-cutanées, applicables dans le cas d'intolérance gastrique ou dans les cas très urgents.

Il est parfois avantageux d'adjoindre à la digitale l'atropine qui tempère le vagotropisme de la drogue, et la caféine qui remédie à son action bradycardisante; enfin, toute la gamme des diurétiques peut être associée à la digitale.

Dans le cas d'arythmie, on peut prescrire la strychnine qui parfois fait disparaître les extrasystoles, et surtout la quinine dont l'action régulatrice est souvent remarquable.

Les insuffisances cardiaques constituées peuvent être traitées soit par des doses faibles et continues de digitaline, soit par des doses massives; W. utilise en outre la méthode du traitement discontinu, dont le principe permet, pendant le jour sans digitaline, d'appliquer une autre médication.

G. Basch.

PROCCEDINGS OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE

[Section of Surgery]

Discussion sur le traitement des cancers du rectum et du côlon par le radium (*Proceedings of the Royal Society of medicine, Section of Surgery*, tome XXIII, n° 7, Août 1930). — Cette longue discussion à laquelle prennent part Gordon-Watson, Lacassagne (Paris), Stanford Cade, J.-P. Lockhart-Mummery, W.-S. Perrin, Lionel Norbury, E.-T.-C. Milligan, James (Etats-Unis), Turner Warwick, Cuthber Dukes, et Cecil Rowntree, peut être ainsi résumée :

Le traitement du cancer du rectum par le radium est encore dans l'enfance; il n'existe à l'heure actuelle qu'un faible pourcentage de cas heureux. Dans tous les cas opérables il faut préférer la cure radicale, chirurgicale, à la radiumthérapie; mais celle-ci s'applique : 1° aux cas inopérables; 2° aux cas où l'opération est contre-indiquée par des raisons tirées de l'état général; 3° aux cas fréquents dans lesquels le malade refuse la colostomie : la radiumthérapie est jusqu'ici la seule méthode qui, dans des cas choisis, permette en effet d'éviter cette pénible infirmité — ; 4° aux cas enfin dans lesquels on considère qu'une irradiation préopératoire peut être de quelque utilité.

Mais, malgré les insuccès habituels de la radiumthérapie au point de vue de la guérison définitive, il faut reconnaître que de temps en temps on obtient un résultat brillant, tout à fait encourageant. Dans ces conditions, on a le devoir de poursuivre l'utilisation d'une méthode qui, dans les cas heureux, se montre si séduisante. Il faut poursuivre notamment les travaux sur ces questions si dérou-

tentes de la radio-sensibilité et de la radio-résistance pour arriver enfin à expliquer les raisons des succès ou des insuccès du radium dans tel ou tel cas de cancer du rectum.

Milligan insiste sur le fait que l'usage du radium est la seule méthode qui, dans le cancer du canal anal, ait pu permettre de sauvegarder le rectum.

James signale les résultats excellents qu'il a obtenus dans le traitement des brûlures consécutives à des applications trop fréquentes ou trop importantes de radium, en transformant la brûlure due au radium en une brûlure diathermique.

Turner Warwick, envisageant le côté histologique de la question, signale que la non-maturation des cellules de la tumeur va de pair avec la radio-sensibilité de la tumeur; par contre, toute augmentation de la radio-résistance, consécutive notamment à une application inefficace de radium, s'accompagne de modifications de l'épaisseur du stroma conjonctif. Pour lui, dans les tumeurs radio-sensibles, il faut préférer les doses faibles, continuées longtemps, et, dans les tumeurs radio-résistantes, les doses massives, de courte durée. Il signale encore que, dans le cancer de l'anus les deux types de cellules, qui bordent le canal, réagissent très différemment à chacune des deux méthodes d'irradiation.

Cuthber Dukes note ce fait anatomo-pathologique qu'il n'existe pas de métastases lymphatiques tant que la tumeur n'a pas gagné les tissus péri-rectaux.

J. Luzoir.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres)

L. Wills et M. Melita. ***Production d'une anémie pernicieuse (du type Bartonella) chez le rat par le régime avitaminé*** (*The British medical Journal*, n° 3625, 28 Juin 1930). — W. et M. pour vérifier si l'anémie granidique si fréquente aux Indes n'était pas due à un régime carencé, ont soumis des rats blancs à un régime privé presque totalement de vitamines A et C. La conséquence fut l'apparition d'une anémie pernicieuse, souvent mortelle, que l'examen du sang révéla du type « Bartonella », tout à fait analogue à l'anémie obtenue en splénectomisant les rats.

Ces résultats sont du plus haut intérêt, car ils jettent un jour nouveau sur le rôle des vitamines dans le mécanisme d'immunité: il est probable que la carence vitaminée exerce sur le système réticulo-endothélial une action comparable à celle de l'avitaminose A sur le tissu épithélial: cette action novice aboutirait au même résultat que la suppression massive d'une vaste portion de tissu réticulo-endothélial, par exemple par splénectomie. On sait l'importance de ce tissu dans le processus de défense de l'organisme, en particulier dans la défense contre les protozoaires: c'est peut-être leur régime carencé qui expliquerait la grande fréquence des infections à protozoaires chez les Hindous.

R. Rivoire.

R. Beith Robb. ***La protéinothérapie dans la folie*** (*The British medical Journal*, n° 3625, 28 Juin 1930). — R., partant de considérations théoriques, croit qu'une certaine quantité de complément est nécessaire pour la neutralisation d'une toxine par une antitoxine; lorsque la quantité du complément est insuffisante, la neutralisation ne se fait pas, même en présence d'un excès d'anticorps.

R. a eu l'idée d'injecter à des malades du sérum anticomplémentaire, afin d'obtenir une exaltation de la production du complément, dans l'espoir de neutraliser les toxines hypothétiques qui produisent les psychoses confusionnelles dites toxiques.

Il est probable qu'il s'agit simplement d'une protéinothérapie banale; quoi qu'il en soit, les résultats sont excellents dans le traitement de cette variété de psychose: tous les cas traités de cette façon guérirent très rapidement, même les cas anciens et les formes graves.

R. Rivoire.

A. W. Bourne. ***Action sur l'utérus humain des anesthésiques et des autres médicaments utilisés au cours du travail*** (*The British medical Journal*, n° 3682, 19 Juillet 1930). — B., ayant imaginé un manomètre spécial enregistrant l'intensité des contractions utérines, a appliqué son invention à l'étude des variations de ces contractions au cours du travail, sous l'action des différentes substances couramment employées en Angleterre pour diminuer les douleurs. Ses conclusions sont fort intéressantes.

Le chloroforme ou l'éther, même en petite quantité, arrêtent complètement et immédiatement les contractions au cours du travail, et diminuent la force et la fréquence de ces contractions au cours de l'expulsion. Le chloroforme et l'éther sont donc formellement contre-indiqués pendant le travail; au contraire, ils peuvent être utiles pendant l'accouchement pour ralentir l'expulsion.

Le mélange protoxyde d'azote-oxygène ne modifie en rien les contractions utérines: n'étaient les difficultés d'administration, ce serait l'anesthésique idéal au cours de l'accouchement.

La rachianesthésie par la stovaïne n'empêche pas les contractions, mais entrave la relaxation complète entre les douleurs, probablement à cause de la contracture permanente du segment inférieur. Il en résulte qu'une rachianesthésie faite trop précocement au cours du travail peut ralentir la dilatation.

La morphine diminue la fréquence des contractions utérines, mais celles-ci sont plus prolongées: de sorte que la dilatation se fait aussi vite, peut-être même plus vite que spontanément.

L'atropine semble stimuler les contractions utérines, tandis que l'action de la quinine est à peu près nulle.

R. Rivoire.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(Chicago)

F.-D. Murphy et J. Grill. ***L'hypertension dite maligne*** (*Archiv of internal Medicine*, tome XLVI, n° 1, Juillet 1930). — Tandis que Volhard et Fahr réservent le nom d'hypertension maligne aux cas de sclérose rénale où se produit rapidement une faillite du rein par suite d'un processus inflammatoire surajouté à l'artériosclérose, aboutissant aux infarctus et à la nécrose des bouquets capillaires des glomérules, Keith, Wagener et Kernohan désignent de la même appellation les états cliniques caractérisés par une hypertension persistante à évolution fâcheuse progressive, par une absence plus ou moins complète de symptômes d'insuffisance rénale grave et d'anémie, par de l'hypertrophie du cœur et des lésions rétiniennes marquées, et anatomiquement par une atteinte diffuse des artérioles de l'organisme tout entier.

M. et G. ont essayé d'établir une corrélation entre les manifestations cliniques et les modifications correspondantes du système artériel. Ils ont étudié 16 cas étiquetés néphrite chronique, artériosclérose avec hypertension ou hypertension essentielle, à l'exclusion de l'artériosclérose sénile, dont les symptômes différaient de ceux de l'hypertension bénigne ou essentielle par leur plus grande sévérité et la rapidité de la déchéance fonctionnelle des organes atteints. Parmi ces 16 malades, 13 moururent et furent autopsiés, à l'exception d'un.

Leur âge allait de 9 à 57 ans, 8 ayant moins de 40 ans et 3 de ces derniers moins de 19 ans. Cliniquement le tableau se montra très variable, selon les organes principalement intéressés par le processus, 6 malades moururent d'insuffisance rénale, 2 d'hémorragie cérébrale, 3 d'asystolie, 1 d'anévrysme diséquant lié à de l'athérome aortique.

Comme symptômes principaux, on notait l'hypertension excessive et surtout obstinément persistante. l'insuffisance fonctionnelle d'un ou de plusieurs des organes principaux, reins et cœur en particulier, la céphalée, signe précoce et fort pénible, une perte de poids accusée avec de l'asthénie, souvent des crampes abdominales simulant la colique hépatique, assez fréquemment de l'anémie, mais presque toujours modérée, constamment des lésions rétiniennes (papille de stase, œdème de la rétine avec hémorragie, neuro-rétinite).

La syphilis semble hors de cause comme facteur déclanchant l'hypertension maligne.

En somme ,l'hypertension maligne est l'expression de troubles étendus du système artériel tout entier, et aboutissant souvent à une atteinte plus profonde d'un organe que des autres. Certains organes, comme la rate, peuvent être gravement touchés, sans donner lieu à des troubles fonctionnels nets.

Anatomiquement, il s'agit essentiellement de lésions diffuses d'artério-sclérose. Les petites artères et les artérioles présentaient des altérations généralisées. Leur lumière était partout rétrécie et parfois oblitérée par l'épaississement des parois artérielles. On trouvait de l'épaississement diffus de l'intima, caractérisé tantôt par de l'hyperplasie du tissu élastique et de la prolifération du tissu conjonctif, tantôt par de la dégénérescence graisseuse et hyaline; de l'hypertrophie du tissu musculaire de la tunique moyenne, fréquemment à l'état isolé ou bien associée à des lésions dégénératives de l'intima; parfois de l'atrophie de la media, accompagnant les lésions dégénératives et prolifératives de la tunique interne; occasionnellement de l'infiltration lymphocytaire périartérielle. Dans 6 de ces cas il existait des lésions de nécrose dans les parois des artérioles afférentes des glomérules et dans les bouquets capillaires glomérulaires correspondants. Dans les muscles striés, les artérioles présentaient presque toujours de l'hypertrophie de la tunique moyenne avec diminution de leur lumière. L'hypertension maligne se caractérise donc anatomiquement par une extension plus grande et une destruction plus profonde des petites artères et des artérioles que celles que l'on rencontre dans l'hypertension de forme bénigne, mais il n'y a là qu'une question de degré et d'étendue des lésions, leur nature artério-scléreuse reste la même au fond.

P.-L. Marie.

J.-Ch. Walker et J. Adkinson. ***Les rhumes de poitrine à répétition; variation dans leur apparition; études bactériologiques chez les sujets très susceptibles*** (*Archives of internal medicine*, tome XLVI, n° 1, Juillet 1930). — W. et A. ont suivi pendant plusieurs années 31 personnes très sujettes aux rhumes de poitrine (plus de 3 par an), dont 14 étaient en outre atteintes d'asthme bénin. Ils ont pu constater une extrême variabilité dans l'époque d'apparition des rhumes, malgré des conditions d'existence très semblables, si bien que cette apparition semble être une caractéristique individuelle et ne pas dépendre de circonstances extrinsèques.

En général, ces sujets paraissaient s'immuniser peu ou pas du tout à la suite de leurs rhumes. Un seul traitement vaccinothérapique fait au moment d'un rhume, qu'il se soit montré utile ou non au moment de ce rhume, n'a pas semblé exercer d'effet immunisant à l'égard du rhume suivant. Par contre, une série de cures vaccinales préventives ont paru conférer un certain degré d'immunité, en ce sens que le nombre habituel de rhumes s'est trouvé réduit de 3 ou davantage à un ou même à zéro pendant l'année suivante dans la plupart des cas.

L'examen bactériologique des crachats fait au moment du rhume a montré des streptocoques dans, pratiquement, tous les cas. Les autres bactéries, staphylocoques. *M. tetragenes*, bacilles non identi-

fiables ont été trouvés de façon très inconstante. Parmi les streptocoques isolés, on constate une grande variété dans les types de Str. hémolytiques et non hémolytiques au cours des rhumes successifs. Les variétés prédominantes pendant une certaine année ne se retrouvent plus avec la même fréquence l'année suivante. Aussi, quand on veut faire un vaccin mixte, faut-il examiner fréquemment les crachats pour déceler les variétés prédominantes.

En raison de la constance du streptocoque dans les rhumes et de l'effet préventif et curatif souvent heureux des vaccins préparés avec la variété prédominante de streptocoque, W. et A. croient pouvoir attribuer à ce germe un rôle dans l'étiologie des rhumes de poitrine.

P.-L. Marie.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

Th. Hess-Thaysen. ***Recherches cliniques sur l'effet des injectons intraveineuses d'insuline: la courbe de la glycémie chez les diabétiques*** (*Acta medica scandinavica*, tome LXXIII, n° 5, Septembre 1930). — H.-T. a approfondi la question, encore peu étudiée jusqu'ici, de la courbe de la glycémie chez les diabétiques ayant subi une injection intraveineuse d'insuline. Il a utilisé 21 diabétiques dont il a déterminé la glycémie toutes les 5 minutes dans les 75 minutes suivant l'injection de 12 unités d'insuline.

Dans les cas les plus bénins la courbe a une forme normale, présentant une chute brusque jusqu'au taux de glycémie le plus bas, suivie, à angle aigu, d'une ligne ascendante, « ligne de restauration », regagnant le niveau initial de la glycémie. Plus le diabète est grave, et plus anormale est la courbe, la « ligne d'assimilation » et la ligne de restauration sont comme écrasées et offrent certaines irrégularités.

L'aplatissement de la ligne d'assimilation est dû à ce fait que la glycémie n'atteint son taux minimum chez le diabétique que bien plus tard que chez le sujet normal, ce retard étant d'autant plus grand que le cas est plus grave. Ainsi l'assimilation réclame chez le diabétique un laps de temps plus long que chez l'individu normal, même au cas où la glycémie initiale du diabétique rentre dans la normale. Ce n'est que dans les cas les plus bénins que l'on trouve nettement distinctes sur la ligne de restauration les deux ascensions, primaire et secondaire, qui se rencontrent chez les sujets normaux.

L'index d'assimilation (quantité de glycose assimilée par minute exprimée en pourcentage du taux initial de la glycémie, c'est-à-dire la perte pour 100 de glycose divisée par le temps d'assimilation en minutes que traduit la chute de la glycémie) se montra compris entre 2,1 et 0,3, alors qu'il est de 2,5 normalement. Il est indépendant de la présence ou de l'absence d'acidose et n'est pas influencé par un jeûne de 3 jours. Plus l'index d'assimilation est bas, et plus le cas semble être grave.

En groupant les malades en 3 catégories, on constata qu'avec un index d'assimilation de 2,1 à 1,1 les malades étaient capables d'assimiler sans insuline un régime suffisamment riche en calories et en hydrocarbonés. Avec le même régime, les malades ayant un index de 1 à 0,7 exigent un apport modéré d'insuline pour que l'urine du matin soit débarrassée de sucre et d'acétone, tandis que les patients dont l'index est compris entre 0,7 et 0,3 en ont besoin d'une quantité considérable. Dans chacune de ces catégories, il existe des variations individuelles dans le rapport entre l'index d'assimilation et la tolérance.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

M. Weinberg et **N. Combiesco** (Paris). ***Lésions hémorragiques causées par le B. perfringens*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLV, n° 5, Novembre 1930). — On trouve dans la littérature médicale quelques observations de malades infectés par le *B. perfringens*, qui ont présenté des hémorragies de divers organes : reins, capsules surrénales, rate, poumons, intestin, utérus. Ces diverses manifestations hémorragiques ont été mises par les auteurs sur le compte du bacille en question. W. et C. ont pu vérifier l'exactitude de cette hypothèse par l'expérimentation, en injectant la toxine diluée du *perfringens*, par voie veineuse, à une série de cobayes.

L'autopsie de ces animaux et l'examen histologique des pièces recueillies ont permis de constater une série de lésions relevant, les unes de l'action de l'hémolysine, les autres de celle de la toxine non hémolytique du *perfringens*, et d'autres enfin, qui sont l'effet d'une pression sanguine élevée sur la paroi vasculaire encore saine ou bien déjà atteinte par la toxine nécrosante de cet anaérobie.

L'hémolysine du *B. perfringens* provoque une forte hémoglobinurie, symptôme classique dans les cas de septicémie causée par ce microbe, L'hémoglobinurie est presque toujours suivie d'hématurie. L'épanchement sanguin a lieu, soit dans la capsule de Bowmann, à la suite de la rupture d'un capillaire du glomérule de Malpighi, soit à la suite de l'ouverture d'un capillaire dans le tube urinifère, soit enfin dans le tissu conjonctif inter- ou péri-rénal où les hémorragies sont particulièrement abondantes. Lorsque les foyers hémorragiques siègent sous la capsule de l'organe, il arrive que cette dernière cède sous la pression du sang et l'on assiste à une hémorragie intrapéritonéale ou intrathoracique: W. et C. ont constaté une fois une rupture du péritoine hépatique, une autre fois celle de la plèvre.

On retrouve les foyers hémorragiques, en dehors du rein, dans tous les autres organes: dans la rate, dont les éléments constitutifs sont souvent complètement dissociés par les épanchements hémorragiques; dans le foie, où le sang épanché arrive à disloquer les trabécules hépatiques et dont la vésicule est quelquefois remplie de bile sanglante; dans le poumon, où les globules rouges remplissent les alvéoles pulmonaires, font craquer leur paroi et passent dans les bronchioles, puis dans les bronches et la trachée; dans les capsules surrénales, où les foyers hémorragiques se forment le plus souvent au-dessus de la couche glomérulaire, atteignent dans toute son épaisseur la couche fasciculée, et empiètent quelquefois sur la couche réticulée; enfin, dans l'épaisseur de la muqueuse de l'estomac et de l'utérus.

Ajoutons qu'à côté de ces lésions hémorragiques, on trouve, surtout au niveau du rein et du foie, des lésions nécrotiques causées certainement par la toxine non hémolytique du *B. perfringens*.

J. Dumont.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

E. Bressot. ***L'heure de la trépanation dans les traumatismes fermés du crâne*** (*Le Progrès médical*, n° 36, 6 Septembre 1930). — Si pour les fractures ouvertes du crâne et les fractures fermées qui accompagnent un enfoncement osseux la trépanation est formellement indiquée, il n'en est pas toujours de même en cas de traumatisme cranio-encéphalique sans modification apparente de la boîte cranienne.

La trépanation décompressive de Cushing est basée sur une pathogénie: les accidents observés relèvent de l'hypertension intracranienne et uniquement d'elle. Or, à l'autopsie, on trouve parfois des foyers de contusion cérébrale; quelquefois, malgré la trépanation, les symptômes d'hypertension persistent plus ou moins longtemps; enfin tout traumatisme cranien ne s'accompagne pas forcément d'hypertension intra-cranienne: dans 3 cas sur 42, B. a trouvé une hypotension manifeste contrôlée après manœuvre de Queckenstedt.

Dans les cas d'hypertension, qui sont tout de même les plus fréquents, la ponction lombaire a une action thérapeutique parfois rapide et on peut y associer des injections de solution hypertonique de glucose ou même l'ingestion de sucre tous les quarts d'heure.

La méthode des ponctions lombaires en série doit céder le pas à la trépanation large quand existent, seuls ou associés, les signes de compression suivants: 1° signes de localisation après ou sans intervalles libres; 2° inégalité pupillaire; 3° obnubilation après un réveil relatif; 4° signes d'hypertension intracranienne alors que la ponction lombaire n'en indique pas.

L'intervention est plus discutée, mais paraît encore nettement indiquée et fort utile quand, après ponction lombaire, le coma s'accroît progressivement et le pouls se ralentit, ou bien quand, après intervalle libre, le coma s'installe brusquement et non progressivement. L'hyperthermie est quelquefois aussi une indication de trépaner. Dans ces cas, les lésions de contusion cérébrale sont tellement importantes que la mort suit en général dans les 48 heures.

85 pour 100 des blessés traités uniquement par la méthode des ponctions lombaires ne présentaient, de 6 mois à 3 ans après, ni céphalée, ni vertiges.

A l'opération de Cushing B. préfère la trépanation large et étendue de Laroyenne et Trépoz.

Robert Clément.

Marion (Paris). ***Traitement des tumeurs de la vessie*** (*Le Progrès médical*, 1930, n° 45, 1er Novembre). — Les tumeurs de la vessie sont, soit bénignes (papillomes), soit malignes (épithéliomes). La même thérapeutique, il va de soi, ne saurait leur être opposée.

Tumeurs papillomateuses. — Deux méthodes : destruction par étincelage par les voies naturelles; destruction après ouverture de la vessie.

1° Pour les polypes de petit volume, uniques ou peu nombreux, pour les polypes de moyen volume d'un nombre discret (2, 3 ou 4), l'étincelage par les voies naturelles est la méthode de choix. Il doit être réalisé aussi rapidement que possible, quitte à endormir les malades, et l'on ne doit, sous aucun prétexte, multiplier les séances d'étincelage par crainte de transformer un polype bénin en un épithélioma qui envahira quelquefois rapidement la vessie.

2° Lorsque des polypes dépassant le volume d'une noix, apparaissent d'une multiplicité grande dans la vessie (5 ou 6 polypes) ou bien en présence d'un polype dépassant nettement le volume d'une noix, il faut, non plus recourir à la destruction par les voies naturelles, mais à la destruction par la taille.

Tumeurs malignes. — Elles peuvent se présenter de façons très diverses et leur traitement est bien plus difficile à préciser que celui des papillomes.

1° Les tumeurs malignes très localisées, de petit volume, n'ayant pas produit d'infiltration péri-vésicale, seront enlevées largement par la taille si l'état le résistance du sujet le permet. Si, au contraire, la résistance du malade est médiocre, on aura recours à la destruction par étincelage par les voies naturelles en provoquant une nécrose étendue de la paroi vésicale autour de la tumeur, celle-ci naturellement étant détruite profondément.

2° Pour les tumeurs des parties latérales et du sommet de la vessie, de volume déjà assez grand, mais n'ayant pas encore produit d'infiltration péri-vésicale, chez un sujet résistant, on devra recourir à la cystectomie partielle large.

3° Dans tous les autres cas — tumeur du bas-fond peu étendue, tumeur très étendue et infiltrante des parties latérales ou du sommet, tumeur infiltrée de la vessie — toute intervention radicale est contre-indiquée. Mais, dans ces cas, il sera parfois possible d'agir, dans les tumeurs encore de développement médiocre, de façon appréciable par les agents physiques. La destruction par les voies naturelles au moyen de l'étincelage, complété par des applications de radium, par des séances de radiothérapie profonde, peut donner des guérisons longtemps prolongées ou des survies très appréciables.

De même également, chez les sujets résistants, l'ouverture de la vessie, la suppression de la partie exubérante de la tumeur, son irradiation au moyen d'aiguilles enfoncées dans la masse et autour d'elle, peuvent donner des résultats véritablement très satisfaisants.

4° Dans les cas où ces méthodes elles-mêmes ne paraîtront pas pouvoir être employées, il faudra se résoudre à parer aux accidents douloureux ou hémorragiques par les moyens habituels: sonde à demeure, destruction par étincelage, radium, calmants de toute espèce et parfois ouverture de la vessie pour supprimer des douleurs de cystite trop intenses.

5° Quant à la cystectomie totale, elle ne peut être utilisée que dans les cas où la tumeur n'a pas encore dépassé les limites de la vessie. Elle sera rarement acceptée à ce moment, les malades ne comprennent pas toujours la gravité de leur état: lorsque les douleurs les décideraient à cette acceptation, elle sera contre-indiquée en raison de l'envahissement de la tumeur.

J. Dumont.

LYON MÉDICAL

L. Bérard et **Ch. Roubier** (Lyon). ***Infection pneumococcique subaiguë péricardo-pleuro-péritonéale ayant simulé la tuberculose*** (*Lyon médical*, an LXII, tome CXLVI, n° 35, 31 Août 1930). — Un jeune infirmier de 23 ans entre dans le service de l'un des auteurs pour des douleurs articulaires datant de un mois. Ces douleurs articulaires ont augmenté d'intensité dans ces derniers jours en même temps que s'est installé un état fébrile accompagné de dyspnée et de douleurs précordiales. L'auscultation révèle l'existence d'une péricardite sèche, mais bientôt un épanchement se constitue, lequel devient rapidement très abondant. Cet épanchement ayant été reconnu purulent par la ponction, une péricardotomie est pratiquée par la voie trans-xipho-sternale sus-diaphragmatique; elle donne issue à environ 2 litres de liquide purulent.

A la suite de l'intervention, la fièvre tombe, le malade s'améliore considérablement et on peut le croire en voie de guérison, lorsque, quinze jours environ après l'opération, brusquement, la tem-

pérature monte à 40°, le malade se plaint d'un point de côté à la base gauche; on constate à cette base tous les signes d'un épanchement pleural de moyenne abondance, et la ponction exploratrice ramène du liquide citrin. Quelques jours plus tard, des signes d'épanchement pleural apparaissent aussi à droite. Un peu plus tard, la dyspnée du malade augmente et on cherche à évacuer par thoracentèse ce double épanchement pleural, mais, ni d'un côté ni de l'autre, on ne parvient à retirer du liquide et on a l'impression que les plèvres sont très épaissies.

L'atteinte du péritoine suivit de très peu celle des plèvres: elle se fit à bas bruit, sans douleurs, sans vomissements, sans modifications notables de la courbe thermique. Un jour, on constata l'apparition d'une ascite de moyenne abondance, laquelle pouvait d'ailleurs être mise sur le compte de l'asystolie puisqu'il existait en même temps un gros foie, un léger œdème des membres inférieurs, et une tachycardie permanente. Une première ponction, pratiquée dans le flanc gauche, au lieu habituel, permit de retirer une petite quantité de liquide jaunâtre, floconneux. Une deuxième ponction, pratiquée au même endroit, un peu plus tard, fut complètement négative, en raison du cloisonnement de la péritonite et de la constitution d'adhérences.

A la période terminale, se produisit une véritable « vomique péritonéale » (Dieulafoy), due à l'ouverture brusque par l'ombilic de la collection purulente, laquelle était exclusivement sous-ombilicale. Les constatations nécropsiques permirent de reconnaître que la cavité abdominale était divisée en deux loges superposées, séparées l'une de l'autre par le mésocôlon transverse et par le côlon lui-même adhérent à la paroi antérieure: une poche sus-ombilicale, sur laquelle une intervention chirurgicale avait été faite la veille de la mort et qui renfermait du liquide ascitique citrin dont on avait pu retirer six litres; une poche sous-ombilicale, qui contenait plus d'un litre de pus mêlé de grumeaux qui n'avait pas été intéressée par l'acte opératoire et qui fut reconnue seulement à l'autopsie.

En somme, il s'agit d'un cas d'infection pneumococcique restée exclusivement cantonnée sur les séreuses. Du péricarde elle s'est propagée aux plèvres grâce aux communications lymphatiques pleuro-péricardiques, puis, des plèvres, elle a gagné le péritoine par les puits lymphatiques du diaphragme.

Pendant presque toute la durée de la maladie, le diagnostic porté fut celui de tuberculose des séreuses, bien que les inoculations au cobaye du pus péricardique et des liquides pleuraux fussent restées négatives. Ce n'est qu'à la fin de la maladie que l'évacuation par l'ombilic d'une grande quantité de liquide purulent fit penser que le pneumocoque pouvait être en cause et, en effet, ce microbe fut trouvé dans le pus péritonéal.

J. Dumont.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

L. Gallavardin et R. Froment. ***De la tachycardie paroxystique (maladie de Bouveret) d'après une statistique de 177 observations*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 257, 20 Septembre 1930). — Les auteurs donnent les résultats de leur grande expérience personnelle et les renseignements que leur a donnés l'étude statistique de 180 observations.

Il en ressort que la tachycardie paroxystique est assez fréquente, qu'on l'observe plus en ville qu'à l'hôpital, qu'elle peut apparaître à tout âge, mais qu'elle est plus exceptionnelle aux deux extrêmes de la vie: la plupart des cas débutent entre 10 et 60 ans.

Dans la très grande majorité des cas, la tachycardie paroxystique se manifeste en dehors de toute lésion appréciable de l'appareil cardio-vasculaire. Dans 1/7 des cas seulement il y a coexistence de lésion valvulaire endocarditique ; dans quelques cas on trouve des cardiopathies diverses, mais, lorsqu'il existe un état hypertensif isolé, on a l'impression que la tachycardie est antérieure à l'hypertension et qu'elle serait plus un effet qu'une cause.

L'hérédité directe n'a jamais été relevée. Il paraît difficile d'incriminer la syphilis ou la tuberculose; les affections thyroïdiennes ne semblent pas non plus avoir de rapport avec la maladie de Bouveret. Les quelques cas de compression du pneumogastrique ou du sympathique sont loin d'entraîner la conviction. Dans de très nombreux cas, la cause de la tachycardie paroxystique nous échappe.

L'apparition de l'accès tachycardique est d'ordinaire imprévue; cependant on a cité quelques prodromes et, parfois, l'accès semble déclanché par une cause occasionnelle.

Ce qui caractérise l'accès de tachycardie paroxystique, c'est le taux élevé du rythme, la fixité de ce taux et sa régularité.

Le diagnostic est en général facile avec le flutter, la tachy-arythmie paroxystique.

Rien n'est variable comme la fréquence des accès. Cependant, en général, la fréquence des paroxysmes est en raison inverse de leur durée. Le plus souvent, les accès sont très courts, ne dépassant pas quelques minutes ou quelques heures.

Si certains accès sont très bien tolérés, d'autres s'accompagnent de sensations pénibles, d'angoisses, de troubles digestifs. Les vertiges, les lipothymies, les syncopes sont quelquefois observés, de même que des douleurs à type d'angine de poitrine. Quelquefois, l'accès accompagne ou provoque une insuffisance cardiaque progressive. Ce sont souvent les mêmes sujets qui présentent les accidents d'intolérance.

Il existe des formes abortives, une forme invétérée mais stable; la forme la plus commune est progressive. Dans la forme de tachycardie à centre excitable, les causes les plus futiles peuvent déclancher le paroxysme.

On observe parfois de véritables rémissions qui peuvent se prolonger très longtemps de sorte que l'on a pu envisager la guérison. On ne peut parler de guérison que lorsqu'il y a retour au rythme sinusal: il ne faut pas confondre avec l'apparition d'une fibrillation auriculaire avec arythmie complète qui empêche les accès de s'extérioriser.

Signalons encore la forme latente, surprise de l'examen objectif.

La plupart des formes sont bénignes. Sont graves, celles qui présentent une majorité d'accès très longs, qui entravent la vie du sujet et celles qui aboutissent à l'asystolie.

Les tracés sphygmographiques et les tracés veineux ne sont d'aucune utilité, mais l'électrocardiographie a transformé l'étude de la tachycardie paroxystique par la série de renseignements qu'elle a fournis sur l'origine du rythme tachycardique et les troubles rythmiques concomitants. Elle permet de fixer le taux du rythme, elle montre qu'il ne s'agit pas de la simple accélération du rythme sinusal, mais de l'apparition d'un rythme nouveau. Rythmiquement, la maladie de Bouveret est une maladie supraventriculaire. Le rythme anormal ne naît pas toujours dans un point identique, mais, dans 26 cas sur 27, il s'est trouvé d'origine supraventriculaire. On peut avoir un rythme auriculaire ou juxta-sinusal, un rythme atrio-ventriculaire supérieur, plus rarement, un rythme atrio-ventriculaire inférieur. Enfin, dans quelques cas, l'origine du rythme est indéchiffrable. Il n'y a pas de relation entre le type rythmique observé et les autres particularités des accès: leur taux, leur évolution, l'étiologie de l'affection.

Un certain nombre de procédés permettent d'arrêter brusquement l'accès tachycardique: l'épreuve de Valsalva, l'arrêt respiratoire, le décubitus, les inhalations d'éther ou de nitrite d'amyle, le vomissement spontané ou provoqué. La compression pneumogastrique et la compression oculaire réussissent quelquefois dans des cas qui ont résisté à d'autres manœuvres et il vaut mieux éviter les injections intraveineuses de diverses substances proposées. Les tonicardiaques ont leurs indications en cas d'insuffisance cardiaque et, pour raccourcir les accès, les auteurs se sont trouvés très bien de l'administration de sulfate de quinidine.

Robert Clément.

LA PICARDIE MÉDICALE
(Amiens)

Caraven (Amiens). ***Les grands traumatismes vertébraux sans troubles médullaires sont fréquents et méconnus*** (*La Picardie médicale*, tome VIII, n° 8, Août 1930). — Par *grands traumatismes vertébraux* C. entend ceux qui au minimum interrompent la continuité d'un corps vretébral ou déterminent des luxations avancées des corps, les *petits traumatismes* étant représentés par les fractures des apophyses épineuses, des transverses et des lames.

Or, les fractures et luxations des corps vertébraux, quand elles n'entraînent pas de troubles médullaires, sont fréquemment méconnues; sur le moment, elles sont diagnostiquées simple contusion et ce n'est que devant la persistance ou l'apparition ultérieure de troubles tels que douleurs à type radiculaire, raideurs, manque de force, fatigabilité, déviation de la colonne (scoliose ou cypho-scoliose), qu'on songe à faire une radiographie et celle-ci révèle alors généralement une fracture par écrasement d'un ou de deux corps vertébraux avec déformation de la colonne qui donne le véritable diagnostic. C. publie 9 observations de cas semblables avec schémas radiographiques.

A la réflexion, il n'est pas étonnant que la moelle ne souffre pas dans de pareils traumatismes : la ligne postérieure des corps vertébraux n'est pas sensiblement modifiée et le calibre du canal vertébral est très peu diminué au niveau de l'inflexion.

Il est, au contraire, étonnant qu'il existe des luxations vertébrales vraies, avec grand déplacement d'une vertèbre sur l'autre, sans provocation de troubles médullaires. Et cependant, cela est, et C. en cite 2 exemples personnels : luxation antérieure de la 3e vertèbre cervicale sur la 1re et luxation de la 5e vertèbre cervicale sur la 6e, sans troubles paralytiques, mais avec séquelles douloureuses et raideur du cou.

Dans tous les cas, le diagnostic n'a été fait que par la radiographie. Celle-ci devra donc être pratiquée systématiquement et sans délai chez tout individu tombé sur la tête, ou enfoui par un éboulement, et, d'une manière générale, chez tout blessé accusant la plus petite douleur vertébrale, alors même qu'il n'existe pas la moindre déformation épineuse.

J. Dumont.

REVUE SUD-AMERICAINE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
(Paris)

L. Razetti (Caracas). ***Une rare anomalie de l'appareil génital interne chez la femme*** (*Revue sud-américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome I, n° 6, Juin 1930). — Il s'agit d'un cas unique: du moins l'auteur n'a-t-il rien vu de semblable dans la littérature.

Une femme de 50 ans, réglée normalement depuis l'âge de 13 ans, a noté, il y a 7 ans, l'apparition d'une tumeur dans la partie inférieure de l'abdomen et, depuis 9 mois, elle se plaint de

douleurs continuelles. L'examen révèle l'existence d'un fibromyome de moyenne dimension, mobile dans tous les sens. A l'opération, la tumeur, pédiculée et tordue, ayant été tirée hors de l'addomen à l'aide du tire-bouchon, on s'aperçoit qu'avec elle viennent l'utérus et ses annexes qui n'ont aucune connexion avec la paroi pelvienne, les ligaments larges et ronds faisant complètement défaut. Le corps de l'utérus est relié au col par un long pédicule qu'il suffit de sectionner entre deux pinces pour enlever en une seule masse l'utérus, les annexes et le fibro-myome. On n'eut à lier aucun vaisseau, car les artères étaient comprises dans le pédicule qui, une fois lié, fut abandonné au fond du pelvis. Suites opératoires des plus bénignes, suivies de guérison parfaite.

L'examen de la pièce montra qu'il y avait séparation complète entre le col et le corps de l'utérus qui étaient reliés par un pédicule de 8 cm. de long et de 2 cm. de large, pédicule contenant dans son intérieur un canal qui faisait communiquer les cavités utérine et cervicale et, dans sa paroi, des vaisseaux et nerfs destinés au corps utérin.

R. déclare laisser à d'autres, plus compétents, le soin d'expliquer embryologiquement l'anomalie en question.

J. Dumont.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (Bruxelles)

Vernieuwe. *Contribution à l'étude de la tuberculose des sinus de la face* (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 5e sér., tome X, n° 70, 29 Novembre 1930). — La sinusite tuberculeuse aiguë est une affection peu fréquente. La sinusite tuberculeuse chronique l'est davantage et plus qu'on ne l'admet généralement, car elle est souvent méconnue. Il faut se pénétrer de la pensée que la sinusite tuberculeuse se rencontre ailleurs que chez le tuberculeux pulmonaire.

Si le diagnostic rigoureusement scientifique repose sur la constatation de la présence du bacille de Koch dans le pus ou dans les cellules géantes des tissus du sinus malade, le diagnostic clinique se fait souvent grâce à des symptômes de suspicion tant locaux que généraux, tant précoces que tardifs, qui doivent, en tout cas, engager le clinicien à recourir aux examens de laboratoire. Ce sont: l'aspect des granulations, la polyfistulisation, la présence de ganglions témoins, la marche de la maladie, etc.

La tuberculose chronique des sinus — et, en particulier, celle du sinus maxillaire — n'est que rarement due à l'extension de lésions osseuses tuberculeuses du voisinage; les voies lacrymales semblent pouvoir être exclues; les fosses nasales sont rarement le point de départ d'une tuberculose extensive, les dents quelquefois, les gencives et le rebord alvéolo-dentaire plus souvent. L'infection tuberculeuse des sinus y est plus souvent transmise par la circulation générale; aussi la sinusite sera-t-elle fréquemment tuberculeuse d'emblée et non greffée sur une sinusite chronique banale préexistante.

La tuberculose pulmonaire est souvent *la conséquence* de la tuberculose chronique des sinus.

Certaines formes de la tuberculose des sinus simulent cliniquement des tumeurs malignes de ces régions.

Tuberculose des sinus ne signifie pas incurabilité. La guérison est relativement fréquente, quelquefois spontanée, plus souvent obtenue par une opération précoce et la plus complète possible.

V. a pu enregistrer de multiples succès et des succès complets dans les highmorites chroniques opérées selon le procédé de Caldwell-Luc, highmorites dont la nature tuberculeuse était nettement démontrée. Les résultats sont moins fidèles dans la sinusite frontale où les suppurations persistent plus longues, moins encore dans les sinusites ethmoïdales où l'opération, faite le plus souvent par les voies naturelles, est surtout une opération de drainage atteignant moins complètement les foyers osseux eux-mêmes, ce que la complexité du labyrinthe ethmoïdal explique pleinement. Mais, même alors, l'opération est recommandable, car drainer c'est mettre le foyer qui suppure dans les meilleures conditions de guérison, rendre les lavages des cavités ouvertes plus opérants, diminuer les probabilités d'extension au voisinage, diminuer aussi les dangers d'infection des voies respiratoires inférieures.

J. Dumont.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA (Milan)

G. Addessi (Rome). ***Le comportement de la mamelle à la suite de greffes de caduque*** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, tome LII, n° 8, 31 Août 1930). — Après avoir exposé en détail les données actuelles sur la fonction mammaire, sa nature et son mécanisme probable, A. rapporte la marche de ses expériences qui ont porté sur 22 femelles vierges (14 lapins et 8 cobayes).

Il a procédé de la manière suivante. Laparotomie de l'animal gravide ; évacuation de l'utérus et dégagement de la caduque qui, fragmentée, est mise dans des compresses stériles imbibées de sérum artificiel stérile à 37°. Laparotomie de l'animal vierge qui va recevoir la greffe (ayant subi préalablement, pour comparaison histologique, l'ablation d'une glande mammaire), et greffe d'un des fragments de caduque (homoplastique) sur le péritoine postérieur. Observation pendant une durée de 25 à 45 jours. Les lambeaux de caduque greffés ont été retrouvés tantôt en plein développement, tantôt profondément modifiés.

La glande mammaire des animaux vierges, auparavant réduite à quelques tubes excréteurs (lapins) ou à une simple formation lymphatique (cobaye), se présente après la greffe comme ayant reçu une stimulation nette aboutissant au développement parfois énergique de l'élément glandulaire (acini nombreux et adénomateux). Mais, si l'on compare ces modifications à celles de la mamelle gravide, on voit cette dernière notablement différente (cavités très dilatées, remplies d'une substance granuleuse et corpusculée). En conséquence, A. se demande si, pendant la gravidité, c'est seulement la caduque qui est chargée du développement de la mamelle et de la sécrétion lactée, ou si elle n'est pas seulement un des facteurs qui contribuent au développement de cette glande. Il fait remarquer en outre que la ressemblance entre la glande des animaux greffés et la glande gravide est moins grande chez les animaux inférieurs (cobayes) que chez les lapins, et il rappelle que, chez le chien, ces greffes n'ont pas donné de résultat; comment donc rapporter à la femme le résultat de semblables expériences? Les recherches ultérieures devront porter sur la détermination qualitative et quantitative des hormones de chaque caduque.

La conclusion à tirer de ces expériences est que, dans chacune, la mamelle des animaux greffés s'est développée, parfois vigoureusement.

André Guibal.

C. Coggi (Milan). ***Les variations du taux des albumines et des globulines dans le plasma sanguin au cours de la grossesse*** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, tome LII, 31 Août 1930, n° 8). — Les expériences faites par C. au cours des 3e, 5e, 7e et 9e mois de la grossesse le conduisent aux résultats suivants :

1° Les protéines totales du plasma sanguin ne subissent pas, du fait de la grossesse, d'oscillations quantitatives sensibles.

2° Les protéines calculées à partir de l'azote soluble ont un comportement tout à fait semblable à celui des protéines totales.

3° Les globulines augmentent progressivement pendant la grossesse, jusqu'à atteindre des valeurs très élevées dans les deux derniers mois.

4° Les albumines présentent un comportement tout à fait opposé à celui des globulines.

5° Le quotient $\frac{\text{albumine}}{\text{protéine}}$ descend lentement jusqu'au 7e mois ; à ce moment, la descente s'accentue et le minimum est atteint au 9e mois, en relation avec la forte diminution, à cette époque, des albumines, et l'augmentation des globulines contenues dans le plasma sanguin.

Quelle est la raison de ce comportement?

On peut penser que ces variations sont sous la dépendance des échanges du fœtus qui déverserait toujours plus de globulines dans le sang maternel, en retenant une partie des albumines maternelles pour l'édification de ses tissus : les albumines représenteraient alors le vrai matériel protéique anabolique pour la vie du nouvel être, et les globulines le matériel catabolique.

C. émet l'hypothèse que ces variations sont plutôt en rapport avec le travail de l'utérus. Il rappelle les expériences de Pugliese qui, tétanisant un chien, trouve, dans le sang veineux partant du membre tétanisé, les globulines plus abondantes que les albumines, tandis que le contraire est constaté dans le sang artériel qui arrive. Dans l'utérus gravide, organe musculaire dont la masse, le volume et l'irrigation augmentent graduellement, le travail et le métabolisme deviennent toujours plus intenses avec les progrès de la grossesse, et le comportement des albumines et globulines peut en dépendre. C. se propose de vérifier expérimentalement cette hypothèse de travail.

André Guibal.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE

V. Desogus. *La substance lipoïde dans l'hypophyse des mammifères normaux et atteints de lésions cérébrales; recherches expérimentales* (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, tome XXXVI, fasc. 1, 30 Août 1930). — De ses recherches expérimentales D. tire un certain nombre de conclusions intéressantes qui sont les suivantes :

Les lipoïdes contenus dans les glandes endocrines ont une importance certaine et représentent vraisemblablement un des agents de leur activité fonctionnelle. Leur abondance est variable avec le stade de la vie génitale des êtres vivants. Chez la poule normale en pleine ovulation, la pinéale est très riche en substances lipoïdes et l'hypophyse en est privée; alors que chez la poule adulte, qui n'est pas en période d'ovulation, l'hypophyse est très riche en lipoïdes et la pinéale en est privée. L'auteur en déduit que la pinéale et l'hypophyse doivent appartenir à deux systèmes endocriniens opposés, l'un composé des glandes génitales et de la pinéale, l'autre constitué par la thyroïde et la parathyroïde, l'hypophyse et les surrénales.

L'auteur étudie ensuite le contenu en lipoïdes des sujets sains, et de ceux qui sont porteurs d'une lésion cérébrale. Chez les chiens des deux sexes, en période d'activité sexuelle, l'hypophyse, qui est en état d'hypo-activité, se montre privée de substances lipoïdes; alors que chez les mêmes animaux, atteints de lésions cérébrales et en état d'hypo-activité sexuelle, l'hypophyse qui est hyperactive se montre très riche en lipoïdes.

Ces troubles glandulaires sont bien la consé-

quence d'une lésion de l'écorce cérébrale, quel que soit son siège, d'ailleurs. Les mêmes expériences reproduites chez les oiseaux ont montré que les lipoïdes étaient bien un des terrains de l'activité des glandes endocrines. H. SCHAEFFER.

Girolamo Tiretta. ***Sur la fréquente participation du protoneurone moteur au processus encéphalitique*** (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, tome XXXVI, fasc. 1, 30 Août 1930). — L'examen clinique des sujets atteints d'encéphalite, aussi bien que ses travaux statistiques, ont montré à T. que la fréquence des signes pyramidaux dans cette affection est notablement plus grande que la lecture des divers travaux sur ce sujet ne pourrait le faire penser.

La nature du virus autant que le caractère diffus et mal limité des lésions qu'il détermine, ainsi que leur siège, permettent de comprendre la fréquence des signes pyramidaux, soit par atteinte directe du neurone moteur, soit par lésion de voisinage.

Ces signes pyramidaux peuvent s'observer à tous les stades de la maladie, puisque, sur 132 cas d'encéphalite, T. a relevé ces signes dans 43 cas à la phase de début, soit dans 25,5 pour 100; dans 65 cas chez des sujets parkinsoniens post-encéphalitiques, soit dans 55 pour 100; dans 25 cas anciens d'encéphalite où prédominaient surtout les troubles psychiques, soit dans 12,5 pour 100. Globalement, les signes pyramidaux s'observaient dans 37,8 pour 100 des cas. C'est au cours des syndromes parkinsoniens, comme le montre cette statistique, qu'ils sont les plus fréquents. H. SCHAEFFER.

RIVISTA DE NEUROLOGIA

A. Latta. ***Recherche de nombreux indices pour l'étude de la pression du liquide céphalo-rachidien ; leur valeur pratique*** (*Rivista di Neurologia*, tome III, fasc. 2, Mai 1930). — L'étude de la tension du liquide céphalo-rachidien a été depuis un certain temps l'objet d'importants travaux. Que cette tension constitue un élément de premier ordre dans le diagnostic de nombreuses affections neurologiques, le fait est indiscutable, mais l'appréciation en est souvent fort délicate. D'autant que des facteurs multiples jouent un rôle pour réaliser cette tension, dont 3 principaux : la masse du liquide céphalo-rachidien, le volume du système nerveux central, la tension des méninges qui les entourent, sans tenir compte du mode de sécrétion et des voies de résorption du liquide qui nous sont encore incomplètement inconnus.

Ayala, en Italie, est un de ceux qui avaient jusqu'ici rapporté la contribution la plus importante. Il avait tenu compte de trois éléments — la pression initiale, le volume du liquide retiré, et la pression finale résiduelle — et avait aussi proposé deux quotients qui se complètent et tiennent également compte de ces trois éléments : le quotient rachidien

$$\left(Q = \frac{F.\,v}{I}\right)$$

et le quotient rachidien différentiel

$$\left(Q = \frac{I - F}{v}\right)$$

Nunez proposait de tenir compte simplement de la pression différentielle.

Les résultats donnés par le quotient d'Ayala avaient été assez discutés, tant est grande la multiplicité et la complexité des facteurs qui interviennent dans la tension normale et pathologique du liquide céphalo-rachidien.

Pour tenir compte de ces facteurs, L. aboutit à une formule beaucoup plus compliquée qui doit permettre de préciser tous les indices :

$$\left(D = \frac{5\,F\,[0{,}04\,v + 2.\,I]\,v + I}{100\,(I + F) + I}\right).$$

Le fait le plus notable que L. a retiré de l'étude de tous ces indices, la ponction étant faite en position assise, est ce qu'il appelle « la réaction initiale ». Chez un sujet normal, après soustraction de 5 cmc, ou encore de 10 cmc du liquide, la pression résiduelle, considérée par rapport à la pression initiale, s'abaisse proportionnellement moins qu'après soustraction d'une quantité de liquide plus grande.

Le même fait est beaucoup moins net quand la ponction est faite en position couchée.

H. SCHAEFFER.

EL SIGLO MEDICO
(Madrid)

C. Juarros. ***Contribution à quelques problèmes soulevés par l'étude du signe de Babinski*** (*El Siglo medico*, 28 Juin 1930). — Bien des erreurs circulent encore sur le signe de Babinski, que l'on recherche souvent de façon incorrecte et dont la valeur séméiologique, tout en restant considérable, a besoin d'être précisée.

Tout d'abord, à côté du signe de Babinski central, signe de Babinski vrai, il existe un signe de Babinski dit périphérique souvent lié à des atrophies poliomyélitiques des fléchisseurs ou à une action physiologique exagérée des extenseurs. J. cite à l'appui le cas d'un crieur de bottes qui, sans lésion nerveuse, avait un Babinski bilatéral dû à la position même qu'exigeait son travail.

En somme, que ce soit le Babinski vrai ou le faux, son mécanisme est le même : le réflexe normal est dû, comme le périphérique, à la prédominance physiologique des fléchisseurs sur les extenseurs.

Il est des erreurs dont J. fait justice, notamment celle qui consiste à prétendre que le réflexe en extension représente la réponse normale au chatouillement de la plante au-dessous de deux ans. Il est beaucoup plus souvent indifférent que positif. D'autre part la persistance de l'extension au delà de deux ans ne veut pas toujours dire déficit physique satellite d'un déficit mental.

De même on ne comprend point pourquoi l'on dit que le Babinski physiologique résulte de notre station bipède. Les arguments invoqués à l'appui ne résistent pas à une analyse sérieuse.

J. insiste sur les erreurs de technique. Il faut laisser au malade quelque répit avant de rechercher ce réflexe. Le décubitus, la température de la pièce ont leur importance. De même, certaines infections aiguës ou chroniques jouent un rôle. On trouve le signe de Babinski dans diverses maladies générales ; en revanche, on l'a vu manquer dans des cas nets de scléroses latérales amyotrophiques ; on l'a trouvé au cours de lésions du putamen et même, de façon transitoire, dans la démence précoce.

Dans ces conditions, la révision des idées classiques s'impose. M. NATHAN.

LA MEDECINA IBERIA
(Madrid)

Palanca. ***L'épidémie de poliomyélite de l'automne 1929 à Madrid*** (*La Medicina Iberia*, Juillet 1930). — P. a étudié à fond l'épidémie de poliomyélite qui s'est déroulée à Madrid au cours de l'automne 1929. Les courbes qu'il a pu établir ne lui apportent aucune notion nouvelle.

Il expose les idées d'Aycock d'après lesquelles on pourrait expliquer le caractère saisonnier de la maladie, non pas par les modifications du germe, mais par celles de la résistance individuelle, c'est-à-dire l'*autarcesis*, pour employer le néologisme proposé par cet auteur. L'hiver, lorsque l'autarcesis est suffisante, le virus est immunisé, durant l'automne, lorsque l'autarcesis manque, la poliomyélite se produit.

P. ne se déclare point convaincu et considère comme nulle et inopérante toute mesure autre que l'isolement précoce des cas même les plus frustes.

M. NATHAN.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA
(Madrid)

F. Moran Miranda. ***Contribution expérimentale à l'étude des lipoïdes dans l'immunité et de leur rôle dans la détermination de la spécificité des organes et de l'espèce*** (*Los Progresos de la Clinica*, tome XXXVIII, n° 8, Août 1930). — On sait qu'un antigène complexe est constitué de deux éléments, un élément albuminoïde et un élément lipoïde. Lequel des deux est le plus spécifique de l'organe dont il dérive et de l'espèce animale à laquelle il appartient ? C'est à résoudre cette question que M. s'est employé dans une série d'expériences fort judicieusement conduites et critiquées. L'antigène se manifeste par la formation d'anticorps reconnaissables par la réaction de Wassermann.

Voici à quels résultats M. a abouti :

Pour le cristallin, la partie la plus nettement caractéristique est représentée par ses lipoïdes, mais ses lipoïdes sont assez voisins de ceux du tissu-ectodermique en général, de la peau par exemple, il provoque donc une légère agglutination de groupe. Il en est de même du pancréas. La spécificité d'espèce est assez peu marquée pour la thyroïde en ce sens que les thyroïdes des divers animaux donnent des réactions à peu près identiques. En revanche la spécificité des lipoïdes et des albuminoïdes du testicule est assez tranchée.

Le poumon a des lipoïdes assez spécifiques, voisins pourtant de ceux du myocarde. La cholestérine y joue un rôle considérable.

Nous ne pouvons rapporter par le menu toutes les expériences de cet excellent mémoire, qui nécessite une étude approfondie.

M. NATHAN.

LISBOA MEDICA

R. Jorge. ***La fièvre exanthématique (fièvre escarro-nodulaire) et son apparition au Portugal*** (*Lisboa medica*, tome VII, n° 8, Août 1930). — Ce type de fièvre a été décrit pour la première fois à Marseille par le Prof. Olmer. Aussi lui a-t-on parfois donné le nom de fièvre de Marseille.

GADUAMINE

EXTRAIT TOTAL OPOTHÉRAPIQUE
DE FOIE FRAIS DE MORUE
AVEC SA VÉSICULE BILIAIRE

VITAMINES A et D

1
flacon de
GADUAMINE
vaut
3

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

LABORATOIRES RENARD
142 AVENUE DE CLICHY • PARIS (17e)

Cette fièvre se rapprocherait des types atténués du typhus dit maladie de Brill, mais est-ce un typhus exanthématique? Il est bien difficile de le dire. Le début par une escarre qui noircit et qui s'ulcère comme un chancre d'inoculation, le caractère papuleux de l'éruption, le caractère négatif de la réaction de Weil-Félix le distinguent du typhus exanthématique vrai. On peut encore citer comme signe différentiel le pou comme agent de dissémination.

Quel en est l'organisme? Est-ce une tique? Le fait n'est pas démontré. Quel est l'agent de transmission? Rien n'a pu être encore établi à cet égard.

Mais cette maladie n'est pas perdue dans l'espace et, dans les maladies du groupe, J. distingue deux sous-groupes: le premier rappelant le typhus exanthématique, sans escarres, avec éruption papuleuse et réaction de Weil-Félix positive;

Le second, à éruption papuleuse et Weil-Félix négatif, comprenant, outre la maladie que nous venons d'exposer, la fièvre Tsutsugamushi et le Tickbitefever; les deux dernières succèdent à la piqûre des tiques.

Tel est l'état actuel de la question.

M. Nathan.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

E. Wallgren. ***Contribution à l'étude clinique du syndrome cérébral des muscles abdominaux*** (*Acta medica scandinavica*, tome LXXIII, n° 5, Septembre 1930) — Barkman a montré récemment que la parésie des muscles abdominaux est un phénomène constant dans les hémiplégies et les monoplégies d'origine cérébrale, ces muscles pouvant participer à ces affections sous forme de parésie musculo-abdominale unilatérale totale, de parésie de la portion sus-ombilicale des abdominaux ou de parésie de leur portion sous-ombiliale. Ce qu'il y a de particulier dans le tableau symptomatique, c'est que ces trois formes se présentent le plus souvent comme symptômes partiels, accompagnant respectivement soit l'hémiplégie frappant à la fois les deux membres, soit la monoplégie facio-brachiale, soit la monoplégie crurale. En même temps il existe des troubles des réflexes thoraco-abdominaux ou abdominaux au niveau des segments correspondant aux parésies.

Les cas de Barkman concernent presque tous des malades se trouvant à la phase des symptômes résiduels d'affections cérébrales. Dans ceux de l'auteur, il s'agit de syndromes des muscles abdominaux, l'un supérieur, l'autre presque exclusivement inférieur, traduisant un trouble cérébral dès son début.

Le premier malade, âgé de 57 ans, ancien syphilitique, porteur d'une insuffisance mitrale, présentait, probablement à la suite d'un ramollissement siégeant dans l'écorce motrice de l'hémisphère droit, une parésie faciale et brachiale gauche associée à un syndrome musculo-abdominal supérieur consistant en une parésie des deux ventres supérieurs du grand droit et une absence de tous les réflexes thoraco-abdominaux et des deux réflexes abdominaux supérieurs du même côté. Le tout disparut en 3 semaines.

Le second malade, un hypertendu de 52 ans, atteint vraisemblablement d'hémorragie de la corticalité gauche, offrait une parésie du membre supérieur et du membre inférieur droits ainsi que de la moitié inférieure droite de l'abdomen. Au bout d'une semaine, la parésie du bras droit disparut et l'affection se présentait comme un syndrome crural combiné à un syndrome abdominal inférieur.

Ces syndromes musculo-abdominaux d'origine cérébrale peuvent donc se rencontrer non seulement comme symptômes résiduels, mais comme signes initiaux d'une lésion des hémisphères cérébraux, en particulier de l'écorce.

P.-L. Marie.

R. Roholm. ***Recherches cliniques sur l'effet de l'injection intraveineuse d'insuline sur la sécrétion gastrique chez les sujets normaux*** (*Acta medica scandinavica*, tome LXXIII, n° 5, Septembre 1930). — R. a cherché à savoir si la sensation de faim consécutive à l'injection intraveineuse d'insuline correspond à une modification de la fonction sécrétoire de l'estomac.

Il existe déjà bien des recherches sur l'influence de l'insuline sur la sécrétion gastrique, mais elles sont des plus contradictoires et passibles de diverses objections du point de vue technique.

R. a examiné d'abord la sécrétion à jeun chez 9 sujets normaux, en prélevant le liquide gastrique par aspiration continue, sans repas d'épreuve, ce qui lui a permis d'établir des courbes de volume sécrété, de HCl libre, d'acidité totale et de concentration en pepsine.

Puis il a recherché les modifications déterminées par l'injection intraveineuse de 12 unités internationales d'insuline chez 16 sujets à estomac normal dont faisaient partie ceux déjà étudiés ci-dessus.

R. a pu ainsi établir que l'insuline stimule la sécrétion gastrique aussi bien quantitativement que qualitativement. Chez 13 des 16 sujets la courbe d'acidité affecte une allure typique, atteignant son maximum une heure environ après l'injection d'insuline. On note souvent une légère augmentation passagère de la sécrétion au début de l'expérience.

Toutes les expériences de R., de même que celles d'Okada, montrent que la concentration du sucre sanguin est le facteur qui détermine la sécrétion gastrique. En employant une technique convenable réalisant un état de normoglycémie ou d'hyperglycémie et en injectant de l'insuline, cette sécrétion peut être retardée dans son apparition, diminuée dans son volume ou inhibée, selon le temps qui sépare les injections d'insuline et de glycose. Si la sécrétion gastrique a été complètement inhibée en créant un état d'hyperglycémie, elle se met rapidement en train dès que le taux du sucre sanguin, sous l'influence de l'injection intraveineuse d'insuline, atteint un niveau hypoglycémique. Ainsi la sécrétion gastrique apparaît comme un symptôme d'hypoglycémie ou, plus exactement, comme le résultat des effets coïncidants de l'hypoglycémie et de l'insuline. Le seuil de la glycémie pour la production de la sécrétion gastrique s'est montré de 0 gr. 04 à 0 gr. 05 pour 1.000.

P.-L. Marie.

BRUNS' BEITRAGE
zur
KLINISCHEN CHIRURGIE
(Berlin, Vienne)

Linkberg. ***Diagnostic et thérapeutique de l'empyème, des abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CL, n° 3, Septembre 1930). — Durant ces neuf dernières années, 175 cas de pleurésies purulentes ont été observés à la clinique de Tartu; la plupart de ces cas ont été notés entre vingt et vingt-cinq ans, car il s'est surtout agi d'hommes, au cours de leur service militaire. L'empyème est apparu 81 fois après une pneumonie, 56 fois après la grippe tandis que dans 38 cas il s'est agi d'affections indéterminées ou de traumatismes du thorax; 50 pour 100 de ces cas ont été observés au cours de l'épidémie de grippe de 1928-1929.

Dans 172 cas d'empyème, on a pratiqué la thoracotomie avec résection costale, puis mise en place d'un drain avec tamponnement à la gaze iodoformée; le drain était changé au cinquième jour et le tamponnement enlevé; au cours de la deuxième semaine, le malade était soumis à des exercices respiratoires et tout drainage enlevé au bout de trois ou quatre semaines.

Dans 10 cas on a essayé d'obtenir la guérison par de simples ponctions : on a ainsi noté 3 guérisons, alors que dans les 7 autres cas on a dû pratiquer en fin de compte une thoracotomie. La durée du traitement a oscillé entre trente-sept et soixante-dix jours.

153 malades ont été entièrement guéris; 12 ont été laissés avec une plaie en voie de granulation et parmi eux 7 ont dû subir ensuite une thoracoplastie; 10 malades sont morts, dont 3 par abcès cérébral, 3 par septicémie généralisée et 4 par collapsus cardiaque, ce qui donne une mortalité de 5,8 pour 100.

On a également observé à la clinique de Tartu 10 cas d'abcès du poumon et 9 cas de gangrène pulmonaire. Tous les abcès pulmonaires ont été consécutifs à une pneumonie; dans tous ces cas il existait des adhérences pleurales; tous ces malades traités par l'incision uni ou pluricostale, et le drainage de l'abcès, ont guéri.

Par contre, sur 9 cas de gangrène pulmonaire, il y a eu 8 morts et 1 seule guérison, il s'agissait dans ce cas d'un homme jeune qui après une résection de l'estomac fit une embolie pulmonaire suivie de suppuration; par thoracotomie on put extraire un volumineux fragment de tissu pulmonaire et après un mois et demi ce malade était entièrement rétabli.

J. Sénèque.

Laqua. ***Recherches expérimentales sur la fistule pancréatique externe totale*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CL, n° 3, Septembre 1930). — Il s'agit d'un travail de chirurgie expérimentale sur le chien destiné à prouver une fois de plus que la déperdition totale de suc pancréatique à l'extérieur est incompatible avec l'existence.

Dans un premier groupe d'observations, l'auteur a pratiqué l'intervention suivante : cholécysto-gastrostomie et section du cholédoque entre deux ligatures; section de l'estomac au niveau du pylore et fermeture de l'orifice pylorique et du versant duodénal; section du duodénum au-dessous du point d'abouchement du canal pancréatique et fermeture isolée de chacun des bouts; mise en place d'une sonde à la Witzel dans l'anse duodénale exclue et enfin établissement d'une gastroentérostomie pour rétablir la continuité digestive. Par la sonde on obtient donc un écoulement à l'extérieur de la sécrétion duodénale et pancréatique à l'exclusion de la bile qui est déversée dans l'estomac grâce à la cholécysto-gastrostomie. Tous les chiens opérés dans ces conditions sont morts dans un délai de cinq à sept jours avec des vomissements, un amaigrissement extrêmement rapide et des signes de cachexie.

Dans une deuxième série d'expériences, l'auteur a laissé la bile s'écouler à l'extérieur en même temps que le suc pancréatique. Tous les chiens sont également morts du septième au huitième jour.

Dans un troisième groupe, enfin, la sécrétion duodénale seule a été drainée à l'extérieur, tandis que la bile et le suc pancréatique étaient drainés vers l'estomac et le jéjunum. Tous les animaux ont très bien survécu à l'intervention, ce qui prouve bien que ce n'est pas la déperdition du suc duodénal pur qui amène la mort, mais bien la déperdition totale du suc pancréatique.

J. Sénèque.

Busch. ***Au sujet de l'ostéopsathyrose*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CL, n° 3, Septembre 1930). — B. a eu l'occasion d'observer un cas typique d'ostéopsathyrose familiale dont nous reproduisons l'observation résumée:

Il s'agit d'une enfant de 11 ans qui a été vue pour la première fois le 28 Juin 1927, alors qu'elle avait une fracture du fémur gauche. Depuis deux ans c'était la sixième fois que cette fracture se reproduisait et toujours au même endroit. L'enfant a eu une naissance normale, elle a marché à l'âge habituel; il n'y a pas eu de retard de la parole, mais son tempérament a toujours été fai-

ble. La cuisse droite présente une déformation à convexité antéro-externe qui témoigne d'une ancienne fracture du fémur droit. Il existe des lésions de décalcification de l'os. Il n'y a pas de lésion viscérale, pas de troubles du système nerveux. Le crâne présente simplement quelques modifications: les régions temporales sont très développées et la région frontale apparaît élargie. La calcémie sanguine est de 0,013 pour 100; la réaction adrénalinique est normale; le Wassermann négatif. Pendant le cours de son traitement, on a vu survenir 4 nouvelles fractures, si bien que cette petite malade a présenté jusqu'ici 11 fractures spontanées dont 10 sur le fémur gauche (9 sous-trochantériennes et 1 diaphysaire) et une fracture au tiers moyen de la diaphyse fémorale droite. A la radioscopie, il existe une dilatation de la selle turcique. Le frère, âgé de 14 ans 1/2, a eu jusqu'ici 4 fractures du fémur droit et 8 fractures du fémur gauche; il n'arrive à se mouvoir qu'avec de très grandes difficultés; il n'y a pas de modifications des organes génitaux; les altérations de l'os sont les mêmes que chez sa sœur, mais la selle turcique est normale.

La troisième sœur, âgée de 13 ans 1/2, est bien portante.

La mère, à l'âge de 4 ans, avait déjà présenté 6 fractures sur les deux fémurs et, après 4 ans, une fracture de l'humérus. Du côté paternel il n'existe pas d'antécédent d'ostéopsathyrose.

L'article se termine par quelques considérations générales et l'exposé des théories pathogéniques connues jusqu'à ce jour.

J. Sénèque.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

I. Massel et E. Einhor. ***Recherches sur le diamètre des érythrocytes des divers domaines vasculaires chez les cardiaques*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXV, nos 5 et 6, Août 1930). — Dans leurs recherches, M. et E. ont recueilli le sang par ponctions de la veine cubitale et par piqûres de la pulpe des doigts. Dans ce dernier cas, ils admettent, avec Wiechmann et Schürmeyer, que les premières gouttes contiennent des érythrocytes du type du sang veineux, mais que les gouttes suivantes contiennent des érythrocytes du type du sang artériel. En moyenne, ils ont trouvé, chez les individus normaux, que le diamètre des érythrocytes du sang veineux varie entre 7,91 et 8,06 μ. Les érythrocytes recueillis à la pulpe du doigt atteignent des valeurs très inférieures: 7,49 à 7,76 μ.

Chez les malades atteints de lésions mitrales au stade de la compensation complète, il en est à peu près de même et, par conséquent, le diamètre des érythrocytes est plus grand dans les veines que dans les artères. En cas d'insuffisance circulatoire et de cyanose, au contraire, les érythrocytes du sang veineux sont les plus petits. Mais il n'y a pas de relations étroites entre le degré de la cyanose et les variations relatives du diamètre des deux espèces d'érythrocytes.

En cas d'insuffisance de l'aorte compensée, le diamètre des érythrocytes veineux et artériels a été le même.

P.-E. Morhardt.

R. Schaefer. ***L'encéphalite disséminée*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXV, nos 5 et 6, Août 1930). — Au cours de ces deux dernières années, S. a observé, à plusieurs reprises, des affections de l'encéphale et de la moelle qui présentaient des points de ressemblance avec la sclérose multiple, l'atrophie musculaire progressive, la paralysie bulbaire, la sclérose latérale amyotrophique ou encore avec la myasthénie. Ces affections ont comme caractéristique un début aigu et une tendance à la guérison intégrale. Dans l'histoire du malade, on trouve souvent, mais pourtant pas toujours, des phénomènes qui peuvent avoir agi dans le sens d'une diminution de la résistance de l'organisme. A ce sujet, S. fait une revue des travaux publiés de divers côtés sur les affections de ce genre, notamment par Redlich, Albrecht, etc., dont les conceptions sont fort opposées.

La première observation de S. concerne un médecin qui, après un refroidissement et une infection par piqûre anatomique, a présenté un état général sévère, des phénomènes myélitiques et une névrite rétro-bulbaire. Ces phénomènes se différencient de la sclérose multiple notamment par la tendance à la guérison qui a été complète. Le second cas de S. est superposable à ce premier. Le troisième cas a été considéré tout d'abord comme une sclérose multiple que l'évolution permet d'éliminer plus ou moins complètement.

Albrecht, de même que Janczo ont décrit des affections de ce genre avec des symptômes de tumeurs ou des compressions intra-cérébrales. Mais S. ne croit pas qu'on puisse, sans faire de réserve, ramener des cas de ce genre à ceux qu'il publie.

Un des symptômes les plus frappants de ces observations est constitué par les signes oculaires qui sont rares dans les myélites, mais qui ont été observés dans presque tous les cas de S. Parfois même, ils ont été remarqués les premiers. Ces symptômes étaient constitués par des affections des muscles extrinsèques de l'œil, de la névrite optique ou de la névrite rétro-bulbaire. Ces faits doivent être mis en relation avec la porte d'entrée et notamment avec les sinus. Il est possible, en effet, qu'il existe des relations directes entre la muqueuse des sinus et la gaine dure-mérienne du nerf optique. D'ailleurs, dans la névrite rétro-bulbaire, une intervention locale est souvent conseillée et Behr a réussi, en inoculant à des lapins la muqueuse des cellules ethmoïdales provenant de malades opérés pour névrite rétro-bulbaire, à provoquer l'apparition de symptômes rappelant d'une manière frappante la sclérose multiple. Dans ce cas, les voies d'infection pourraient être les mêmes que dans les encéphalomyélites disséminées, que dans la sclérose multiple et les deux maladies se trouveraient donc apparentées par ce caractère commun.

P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

Nathan et Stern. ***Analyse chimique de la sensibilité cutanée dans un cas d'idiosyncrasie à la résorcine*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCI, n° 40, 4 Octobre 1930). — Un malade atteint d'acné présenta, deux heures après l'application d'une lotion alcoolisée à la résorcine et à l'acide salicylique, une dermite aiguë du visage avec rougeur, œdème, nombreuses vésicules; les lésions envahirent ensuite le tronc et les membres supérieurs.

L'étude chimique montra que ce malade présentait une idiosyncrasie à la résorcine seule, car les deux autres isomères de la résorcine, la pyrocatéchine et l'hydroquinone ainsi que d'autres phénols ne produisirent aucune réaction.

La fonction engendrant l'idiosyncrasie est intimement liée à la structure moléculaire du composé chimique. C'est ainsi qu'elle est conservée après l'introduction d'un groupe méthylé dans le groupe OH de la molécule de résorcine; elle disparaît au contraire après l'introduction d'un autre groupe méthylé dans l'autre groupe OH de la résorcine.

R. Burnier.

Abelin. ***Recherches expérimentales sur l'alopécie et la repousse des poils*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCI, n° 40, 4 Octobre 1930). — A., expérimentant sur le rat, constata que, si l'on nourrit les rats exclusivement avec du biscuit, il se produit une chute de poils très étendue. Celle-ci paraît causée par des troubles endocriniens et en particulier par les altérations thyréogènes.

Si l'on ajoute à la nourriture des rats de petites quantités de glande thyroïde desséchée, la chute des poils cesse et la repousse s'opère.

A. a également constaté qu'en dehors des glandes endocrines, d'autres composés chimiques, comme la cystine à la dose de 50 à 75 milligr. par jour, pouvaient activer la repousse des poils.

R. Burnier.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

F. Lange. ***Diagnostic et traitement de la poliomyélite épidémique dans ses stades initiaux*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 33, 15 Août 1930). — A propos de l'épidémie alsacienne récente, L. passe en revue quelques notions nouvelles dues aux observations américaines et allemandes de ces dernières années et dont la connaissance serait utile aux médecins si l'épidémie venait à se répandre.

Le germe de Flexner-Noguchi paraît bien réellement l'agent pathogène dont le rôle est démontré expérimentalement.

L'incubation est en général de une à deux semaines, mais peut varier de deux à trente-trois jours.

Le début se fait souvent par des phénomènes naso-pharyngiens qui font penser à une porte d'entrée siégeant à ce niveau.

Dans d'autres épidémies les troubles digestifs dominent: vomissements, diarrhée ou constipation.

La fièvre accompagnant ces manifestations variables est peu élevée (38-39), avec pouls un peu trop rapide.

On a insisté sur des phénomènes oculaires précoces: aspect porcellanique, vitraux, avec gonflement péri-orbitaire. L'agitation, l'hyperesthésie notable, les sueurs sont souvent dominantes. Le « Spine sign » de Draper : (douleur au moindre mouvement du rachis) peut avoir une valeur diagnostique.

Les phénomènes moteurs et sensitifs plus tardifs sont bien connus.

L. passe rapidement en revue les principales formes cliniques, plus ou moins étendues, abortives ou évolutives type Landry, et insiste, en ce qui concerne le diagnostic, ponction lombaire, faite prudemment cependant, puisqu'on l'a accusée de favoriser l'évolution de la maladie.

G Dreyfus-Sée.

F. Lange. ***Diagnostic et traitement de la poliomyélite épidémique au début*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 34, 22 Août 1930). — *La prophylaxie.* — Nous ne disposons pas de mesures très efficaces pour éviter l'extension de l'affection. La désinfection obligatoire, l'isolement des malades sont des mesures insuffisantes puisque nous savons que la maladie peut se transmettre par les porteurs de germes sains.

En ce qui concerne les individus, c'est essentiellement une désinfection rhino-pharyngée qui importe et il faut éviter toutes causes de rhume. Divers médecins recommandent une solution iodée homéopathique préconisée par Bier; en outre, l'antisepsie nasale et pharyngée s'impose.

La fermeture des écoles est indispensable si plusieurs cas y ont éclaté.

L'isolement théorique des malades est de six semaines quoique le virus ait pu être décelé dans certains cas au troisième mois.

Le traitement. — L. passe en revue les diverses thérapeutiques classiques — sérum de convalescent; antiseptiques tels que l'urotropine-adrénaline; désinfection rhino-pharyngée; traitement physiothérapique et orthopédique — sans d'ailleurs indiquer son

opinion personnelle sur l'utilité relative de ces divers procédés et les résultats qu'on peut en attendre.
G. Dreyfus-Sée.

H. Watermann et A. Kemper. ***Le traitement des processus suppurés chroniques des os et parties molles des membres par une augmentation de l'oxydation locale*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 37, 12 Septembre 1930). — La méthode proposée par les auteurs dans le traitement des processus suppurés et surtout des ostéomyélites des membres se rapproche de l'oxydation générale de l'organisme qu'Hermannsdorfer avait préconisée.

L'oxydation locale du membre malade est obtenue par l'administration de chlorhydrate d'ammoniaque en même temps qu'une stase locale est déterminée à l'aide de la bande de Bier.

Les auteurs ont appliqué leur méthode à de nombreux cas sans enregistrer un seul échec. Ils recommandent d'observer soigneusement tous les détails de la technique proposée. Des réinterventons sanglantes ou non, pratiquées peu après la fermeture de la fistule, ont été parfaitement supportées sans nouvelle poussée du foyer, témoignant d'une guérison solide qui s'est maintenue chez certains malades suivis depuis 3 années. Les traumatismes graves des membres, avec lésions étendues de la peau, des muscles, etc., pourraient bénéficier aussi de cette méthode. Les plaies guérissent rapidement, la mobilisation articulaire peut être hâtée.

Des recherches se poursuivent en vue de l'utilisation de cette thérapeutique pour la tuberculose des membres.
G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Munich, Vienne)

G.-J. Pfalz. ***Comment réagit l'immunité du sang sous l'influence de la narcose et de l'anesthésie?*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 29, 19 Juillet 1930). — P. se demande pourquoi la narcose générale est toujours aussi employée et si, au point de vue biologique, il y a une différence entre la narcose générale et les procédés d'anesthésie locale ou rachidienne. Pour répondre à ces questions, il a déterminé l'index bactéricide du sang, d'après la technique capillaire de Wright, à l'égard des staphylocoques hémolytiques.

P. donne, sur sa méthode, des détails abondants qu'il est impossible d'analyser ici. Le sang, recueilli 14 heures et 1 heure avant le début de la narcose générale puis pendant l'intervention, au bout d'une heure de narcose, 15 minutes et 7 heures après la fin de l'opération, a montré, dans 95 pour 100 des cas, une augmentation nette du pouvoir bactéricide s'élevant en moyenne à 20 fois la valeur constatée avant l'intervention. Les maximums observés ont été soit immédiatement après la fin de la laparotomie, soit 7 heures plus tard. Ainsi, la narcose générale ne paralyse pas les centres de défense.

Des recherches analogues ont été faites dans 22 cas de laparotomie sous anesthésie lombaire, sacrée ou locale par la tutocaïne à 1,5 pour 100 ou par la novocaïne-suprarénine à 0,5 pour 100. Le pouvoir bactéricide du sang s'est trouvé augmenté sous cette influence comme dans la première série de cas.

Dans divers cas de contrôle constitués par des narcoses à l'éther en vue d'un simple diagnostic ou par des anesthésies à la novocaïne pour névralgies arthritiques, l'index bactéricide a été augmenté également. D'un autre côté, le pouvoir immunisant provoqué par une injection de protéine détermine une phase négative caractéristique qui ne se produit avec aucune forme de narcose ou d'anesthésie.

En mélangeant, dans un tube à essai, du sang avec des quantités de novocaïne ou de tutocaïne de manière à faire un mélange de la concentration observée dans la pratique, on n'a pas augmenté le pouvoir bactéricide du sang. Ainsi, la narcose agirait indirectement en stimulant les fonctions physiologiques des cellules par augmentation du métabolisme fermentatif des cellules.
P.-E. Morhardt.

THE BRITISH JOURNAL of SURGERY
(Londres)

Bailey. ***Purpura et syndrome abdominal aigu*** (*The British Journal of Surgery*, tome XXXVIII, n° 70, Octobre 1930). — Le purpura est une affection qui présente un réel intérêt chirurgical et qui, dans certains cas rares, peut être la cause d'une invagination intestinale par suite du péristaltisme qu'entraîne la présence de sang dans l'intestin.

Dans un premier chapitre, l'auteur rapporte des cas de purpura coïncidant avec une hémorragie sous-séreuse au niveau des tuniques de l'intestin et ayant provoqué des symptômes d'occlusion intestinale.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un enfant de 8 ans, qui, avec des taches purpuriques, présentait tous les signes d'une invagination intestinale aiguë. L'intervention aussitôt pratiquée ne permit pas de découvrir l'existence d'une invagination, mais simplement d'une hémorragie sous-séreuse sur une partie du jéjunum. L'abdomen fut refermé et l'enfant guérit.

Dans un deuxième cas, chez un homme de 21 ans, qui présentait un syndrome abdominal aigu avec vives douleurs depuis quarante-huit heures, et une vaste éruption purpurique sur le bras, l'auteur posa le diagnostic d'hémorragie jéjunale sous-muqueuse et décida de surseoir à l'intervention tout en surveillant de très près son malade. Les symptômes s'amendèrent et ce malade fut traité secondairement avec succès par la splénectomie.

A ces deux observations personnelles, l'auteur en ajoute 16 autres qu'il a pu relever dans la littérature, et pour lesquelles le diagnostic d'invagination aiguë avait été posé 8 fois, celui d'appendicite 3 fois, celui d'ulcère gastrique perforé 1 fois, celui d'invagination chronique 1 fois, celui d'occlusion 1 fois, tandis que dans 2 cas on n'avait arrêté aucun diagnostic.

Mais ce qui complique la question, c'est qu'à côté de ces hémorragies sous-muqueuses intestinales sans invagination, le purpura peut dans d'autres cas donner lieu, au niveau de l'intestin, à de véritables invaginations et l'auteur en rapporte 14 cas relevés dans la littérature. Dans 13 cas, le diagnostic avait été posé avant l'intervention; 7 cas traités par la désinvagination ont guéri.

Il en résulte que, dans le doute, il est tout de même préférable d'intervenir puisque le purpura peut se compliquer tantôt d'hémorragie sous-séreuse simple, tantôt d'invagination véritable et que dans les deux cas on a le tableau d'un abdomen aigu.

Plus tard ces malades bénéficieront d'une splénectomie.
J. Sénèque.

THE LANCET
(Londres)

Bryan Williams et S. Mc Lachlan. ***L'étiologie des cholécystites; étude bactériologique*** (*The Lancet*, n° 5581, 16 Août 1930). — Les auteurs ont entrepris leur travail pour vérifier le rôle du streptocoque dans l'étiologie des cholécystites, rôle sur lequel ont insisté Rosenow et d'autres auteurs.

Des cultures furent faites à partir de 106 vésicules humaines extraites chirurgicalement pour cholécystites: des cultures séparées furent faites avec la bile, les parois vésiculaires et la glande cystique.

Le streptocoque, à l'encontre des résultats proclamés par d'autres chercheurs, ne fut trouvé que dans 26 cas, et le coli-bacille dans 28. D'autre part, le streptocoque a toujours été trouvé dans la bile dans le cas où il était présent dans les parois de l'organe ou dans la glande cystique: il semble donc que la voie d'infection soit biliaire et non sanguine.

D'autre part, les races de streptocoque isolés, non hémolytiques, étaient toutes du type entérocoque ou du type salivaire: ce sont des races qui se trouvent à l'état normal dans l'intestin. Il semble donc logique, pour l'infection streptococcique comme pour l'infection colibacillaire, d'incriminer une infection ascendante, intestinale. Rien d'ailleurs ne permet de conclure que cette infection soit primitive: peut-être s'agit-il d'une infection secondaire, la lésion primitive étant d'ordre toxique ou biochimique.

A partir des races microbiennes isolées, d'autres expériences ont été entreprises afin de vérifier les expériences de Rosenow qui aurait, par injection intraveineuse de cultures streptococciques d'origine vésiculaire, provoqué chez le lapin l'apparition presque constante de cholécystite. Il y aurait, en somme, « localisation élective » d'une race de streptocoques particulièrement adaptée, de « streptocoques vésiculaires ». Ces expériences n'ont permis en rien de confirmer la théorie de Rosenow, les injections intraveineuses de cultures n'ayant abouti qu'exceptionnellement à la cholécystite, même après contusion expérimentale de la vésicule.
R. Rivoire.

W.-H. Shilvock. ***L'action pyrogène de l'huile soufrée*** (*The Lancet*, n° 5581, 16 Août 1930). — Les auteurs danois, en particulier Schrœder, ont mis à la mode l'huile soufrée comme agent pyrétogène dans le traitement de la paralysie générale et d'autres psychoses. Un peu partout, cette méthode a été employée, mais les résultats ne semblent pas aussi brillants que ceux proclamés par les promoteurs de la méthode.

L'avantage principal de cette préparation est de donner une élévation considérable de température sans réaction violente, et cette température est quasiment proportionnelle à la dose du produit injecté. Mais S. n'a pu vérifier l'exactitude de cette assertion, la réaction thermique étant très variable d'intensité suivant les sujets. D'autre part, l'injection est très douloureuse localement. Quant aux résultats thérapeutiques, ils semblent du même ordre qu'avec les autres méthodes de pyrétothérapie.
R. Rivoire.

J.-B. Orr et M.-L. Clark. ***Les variations saisonnières dans la croissance des écoliers*** (*The Lancet*, n° 5581, 16 Août 1930). — On sait depuis longtemps que la croissance des enfants procède irrégulièrement, les variations étant saisonnières. Les auteurs ont vérifié cette loi chez de nombreux écoliers écossais et ont observé que la croissance est maximum de fin Mars à fin Juin et minimum d'Octobre à Décembre. Quant au poids, il augmente surtout en Juillet, Août et Septembre, tandis qu'en Avril, Mai et Juin, la plupart des écoliers perdent du poids tout en grandissant.
R. Rivoire.

J. R. Macleod. ***Le diabète, problème physiologique*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5582, 23 Août 1930). — M. expose tout au long, dans cet article, l'histoire de deux chiens dépancréatisés, maintenus vivants et en santé florissante pendant 5 ans par des injections d'insuline. Après avoir, au cours de ces 5 années, doublé leur poids, mis bas et allaité des petits chiens, ces deux animaux furent sacrifiés en supprimant leur ration d'insuline. Leur mort survint en 4 à 5 jours, après un coma très court, sans avoir présenté de symptômes intéressants. Toute une série de recherches furent entreprises sur ces chiens au cours de leur existence dépancréatisée, notamment l'étude du rapport $\frac{D}{N}$ du quotient respiratoire, du pouvoir d'oxydation des tissus vis-à-vis des carbohydrates. M. se réserve, dans un prochain article, de tirer les conclusions de cette étude vis-à-vis du problème physiologique et clinique du diabète.
R. Rivoire.

R. H. Paramore. ***Un cas d'éclampsie traitée par l'anesthésie rachidienne*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5582, 23 Août 1930). — P. a déjà publié plusieurs observations d'éclampsie dont l'évolution fut arrêtée par une anesthésie rachidienne à la tropocaïne.

Dans le présent article, il publie un autre cas d'éclampsie survenue chez une femme enceinte de sept mois, dans lequel la rachianesthésie, tout en suspendant les crises convulsives, ne permit pas la guérison de l'éclampsie. Aussi une opération césarienne fut-elle pratiquée, complétée par une décapsulation du rein droit. Malgré cette thérapeutique énergique, de nouvelles crises convulsives revinrent le lendemain de l'intervention.

P. suggère que la résistance exceptionnelle de cette crise d'éclampsie était peut-être due à l'administration de rétropituitrine, dont le pouvoir oligurique est bien connu. Il faudrait probablement attribuer à l'usage excessif de l'extrait hypophysaire en obstétrique la fréquence accrue de l'éclampsie du post-partum. En tout cas, il est préférable de s'en abstenir chez les accouchées qui ont présenté des menaces d'éclampsie avant le travail : d'autant plus que, chez ces malades, l'hémorragie de la délivrance est plutôt un facteur favorable à la guérison. R. Rivoire.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

H. S. Souttar. ***L'emploi des grains d'émanation dans le traitement des néoplasmes*** (*The British Medical Journal*, n° 3633, 23 Août 1930). — Depuis quelques années une nouvelle technique de radiumthérapie est devenue courante : elle consiste à insinuer à l'intérieur des tumeurs des tubes de verre microscopiques contenant une faible quantité d'émanation. Ces tubes, entourés d'une gaine métallique protégeant les tissus des rayons β, sont laissés à demeure dans la tumeur, où il sont admirablement tolérés : l'action de l'émanation s'éteignant spontanément au bout d'un mois, il n'y a aucun danger de dépasser la dose thérapeutique.

S. utilise des tubes capillaires de 5 mm. de long et 1,1 mm. de diamètre, avec une lumière de 0 mm. 5, contenant 1, 1,5 ou 2 mmc. Ces tubes sont enfermés dans le tissu néoplasique ; il faut disposer d'une aiguille-canule spéciale, que l'on introduit profondément dans la tumeur : on introduit alors un grain dans la canule, on le pousse par le mandrin, puis on retire légèrement l'aiguille, et on introduit un second grain de la même façon. S. a construit un introducteur spécial, analogue au barillet d'un revolver, qui permet l'introduction facile de grains très nombreux. On pique à nouveau l'aiguille parallèlement à 2 cm. plus loin, et on recommence l'opération.

Cette technique permet de diffuser les radiations beaucoup mieux qu'avec une application de radium métal. En outre, la quantité de radium nécessaire est beaucoup moindre à cause de la radiation secondaire.

S. donne ensuite quelques statistiques sur ses résultats personnels : résultats très remarquables, obtenus particulièrement dans les cancers de la langue, du rein et du rectum. Signalons de façon toute spéciale sa technique pour les cancers de l'œsophage, grâce à laquelle plusieurs survies de 14 mois ont été obtenues, sans aucun accident.

R. Rivoire.

Parkes-Weber, H. Rast et O. Lutterotti. ***Thrombo-angéite oblitérante survenue chez des sujets non hébraïques; observation d'un ulcère de jambe chronique chez un jeune homme*** (*The British Medical Journal*, n° 3633, 23 Août 1930). — R. et L. rapportent 3 cas d'artérite oblitérante observée chez des Anglais jeunes, le plus âgé ayant 38 ans. Il semble bien s'agir de thrombo-angéite oblitérante, quoique l'examen des artères pratiqué sur une jambe amputée ait révélé dans un cas l'existence d'athéromes importants. Les observations sont d'ailleurs si incomplètes qu'il est difficile d'y attacher une grande valeur. R. Rivoire.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

David M. Greig. ***Analogie entre le colostrum noir et la mélanhydrose, avec quelques remarques sur le lait coloré et la sueur colorée*** (*Edinburgh Medical Journal*, tome XXXVII, n° 9. Septembre 1930). — La blancheur du lait est tellement considérée comme constante qu'un changement de coloration fait tout de suite songer à une impureté. Cependant, on a signalé des laits légèrement teintés en bleu, jaune, vert et même rouge. Ces colorations sont surtout observées sur le lait des mammifères substitué au lait humain pour l'alimentation des enfants. Cependant, on a rapporté des cas de sécrétions mammaires colorées dans le mélanome du sein ou après ingestion de certains colorants. La teinte rose est généralement due au mélange d'une faible quantité de sang, par hémorragie des conduits excréteurs ou de la glande.

L'alimentation artificielle peut donner au lait de vache une odeur, un goût et une couleur différents.

La coloration jaune ou verte observée chez deux femmes a été expliquée par la formation de substances aromatiques d'origine bactérienne.

Dans plusieurs observations, on rapporte que le colostrum des vaches avait une couleur chocolat ou brun foncé, presque noire. Après formation d'un caillot presque noir, on trouvait un grand nombre de grumeaux flottant dans un liquide rouge brique ; l'examen clinique montra des globules rouges et l'examen chimique la présence d'hématine. Vingt jours après la naissance du veau, le lait était parfaitement normal.

Chez la femme, on a publié plusieurs cas de colostrum presque noir, toujours d'une façon transitoire. Dans un cas de Monvoisin, la couleur était due à de fins granules amorphes noirs ; la nature de ce pigment ne fut pas élucidée, mais il pensa qu'il avait une origine sanguine.

Dans un autre cas de mélanome kystique paraovarien, des seins gonflés s'écoula, trois jours après l'opération, un liquide noir comme de l'encre. Le colostrum noir ne contenait aucune granulation extra- ou intra-cellulaire, la sécrétion dura sept jours et, en même temps, il y avait mélanurie. L'année suivante, la femme fut enceinte, le colostrum fut d'abord noir, puis diminua de couleur et le lait devint normal.

G. rapporte encore quelques observations et les compare à un certain nombre de faits de mélanhydrose.

La sueur sécrétée dans des conditions anormales contient un élément que l'oxydation par l'air transforme en pigments noirs ; dans le colostrum, il peut y avoir exceptionnellement quelques constituants que l'action de l'oxydase que contient le colostrum en excès transforme en pigments noirs. La modification se fait à la surface pour la transpiration, dans les canaux excréteurs pour le lait. Les glandes sudoripares et mammaires ont la même phylogénie et de semblables principes physiologiques modifient et contrôlent leurs fonctions. On peut donc conclure qu'il y a une étroite analogie entre le colostrum noir et la mélanhydrose.

Robert Clément.

ARCHIVES OF SURGERY
(Philadelphie)

J. Morton et W. C. Sullivan (Rochester). ***Comparaison entre les occlusions expérimentales duodénales et iléales*** (*Archives of Surgery*, tome XXI, n° 3, Septembre 1930.) — M. et S. ont expérimenté sur 8 chiens de la manière suivante. Au niveau de l'origine du jéjunum et de la terminaison de l'iléon, ils ont isolé une anse intestinale de 10 cm. de long. Une ligature serrée au-dessus et au-dessous a assuré l'occlusion. Chaque vingt-quatre heures, sous anesthésie, on a ponctionné les anses isolées et réinjecté le liquide après mensuration. Les conclusions sont les suivantes :

Au niveau du segment duodénal, il se fait une abondante sécrétion de liquide de 11 cmc au bout de vingt-quatre heures, et atteignant jusqu'à 35 et 50 cmc après deux ou trois jours. La pression correspondante augmente, atteignant, le troisième jour, 200 mm. d'eau. Les animaux sont tous morts de péritonite par rupture ou fissuration du duodénum. Au contraire, au niveau de l'iléon, le liquide retiré atteint 0 cmc 33, 1 cmc et 0 cmc 9 ; dans les mêmes temps, la pression monte le troisième jour à 50 mm. Les contractions péristaltiques sont inexistantes. La perforation n'est pas observée.

Il y a donc une grande différence dans les conditions mécaniques de l'occlusion haute ou basse de l'intestin grêle. F. d'Allaines.

ANNALS OF SURGERY
(Londres, Philadelphie)

K. M. Lewis (New-York). ***Absence d'effet de l'ergostérol irradié dans le traitement des fractures*** (*Annals of Surgery*, tome XCII, n° 3, Septembre 1930). — L'ergostérol irradié ayant été préconisé dans le traitement des fractures, L. a cherché à vérifier son action. Ses études ont porté sur 17 cas de fractures de la diaphyse des os longs, qui ont été soumis à un traitement quotidien d'un tiers de centigramme d'égostérol irradié ; chaque semaine on faisait une radiographie et un dosage du calcium et du phosphore inorganique du sérum sanguin.

Dans aucun cas il ne fut noté que l'ergostérol irradié ait provoqué ou influencé le degré ou la rapidité de la calcification. La formation du cal, tant au point de vue clinique que radiographique, s'est passée comme dans toute fracture normale analogue.

Les études chimiques du sang, pendant une période de 35 à 60 jours, ont montré que le phosphore inorganique ne subissait pas de modification notable. Par contre, le calcium du sang est légèrement augmenté dans certains cas (1 milligr. 4 en moyenne).

Dans 6 cas de retards de consolidation sans cause connue, l'emploi de l'ergostérol irradié n'a donné aucun résultat.

En résumé, l'ergostérol irradié paraît à L. sans valeur dans le traitement des fractures.

M. Guimbellot.

THE MEDICAL HERALD
Glendale (Californie)

Grover-Burnett. ***La conception moderne de la coccygodynie et son traitement*** (*The Medical Herald*, tome XLIX, n° 8, Août 1930). — La névralgie coccygienne, ou coccygodynie, est une affection encore peu connue : longtemps elle fut considérée comme une affection pithiatique, qui s'observait uniquement chez les jeunes, et survenait après un traumatisme de la région.

Actuellement, on sait qu'il s'agit d'une affection organique, d'une irritation du plexus sacré. Cette irritation du plexus peut être due à de multiples causes : G. cite plusieurs observations dans lesquelles la lésion causale était une fracture d'une apophyse vertébrale, ou une sacralisation, datant souvent de plusieurs années.

Quelle qu'en soit l'origine, cette coccygodynie est toujours guérie par l'électrothérapie. On emploie des ondes de Morton leydenisées, pénétrantes et intenses. Il est fort utile d'employer une électrode spéciale, qui s'adapte parfaitement à la courbe coccygienne. R. Rivoire.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

L. Nègre et A. Boquet. *Sur les propriétés de l'antigène méthylique* (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLV, n° 4, Octobre 1930). — De nouvelles recherches expérimentales et cliniques ont permis à N. et B. de constater que les injections sous-cutanées d'antigène méthylique exercent une action favorable sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du lapin, à la condition qu'elles ne soient pas trop rapprochées : les injections répétées plus de 2 fois par semaine perdent de leur efficacité.

L'acétone paraît être le solvant des substances ciro-graisseuses qui convient le mieux pour le traitement préalable des bacilles de Koch qui servent à la préparation de l'antigène.

Les injections d'antigène méthylique combattent l'intoxication provoquée par l'inoculation au lapin de bacilles morts ou de substances ciro-graisseuses extraites des bacilles par l'acétone. L'influence favorable de l'antigène méthylique serait due à l'action anti-toxique des lipoïdes bacillaires qu'il contient.

Chez les lapins tuberculeux, l'antigène méthylique provoque une modification favorable du rapport $\frac{\text{lymphocytes}}{\text{monocytes}}$, avec augmentation importante des lymphocytes.

Les extraits méthyliques ou éthérés de bacilles de Koch, prélablement traités par l'acétone, injectés préventivement dans les veines ou sous la peau des lapins, circonscrivent ou ralentissent l'évolution de la tuberculose expérimentale. Les extraits acétoniques, au contraire, aggravent le processus.

Les malades tuberculeux, traités par voie sous-cutanée à doses progressives, sans provoquer de réactions générales ou focales, voient leur état général s'améliorer. L'action est particulièrement favorable sur les tuberculoses ganglionnaires, ostéo-articulaires, péritonéales, pleurales, oculaires, génitales et cutanées, qu'il s'agisse de gommes, de lésions ulcéreuses, végétantes ou papulo-nécrotiques.

L'antigène méthylique rendrait également service dans la tuberculose rénale et dans les formes de début ou torpide de la tuberculose pulmonaire.

Robert Clément.

G. Ninni. *Résultats de l'inoculation de produits suspects de tuberculose dans les ganglions lymphatiques* (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLV, n° 4, Octobre 1930). — La méthode la meilleure pour mettre en évidence l'ultravirus tuberculeux présent dans les cultures jeunes est l'inoculation directe dans les ganglions lymphatiques cervicaux du cobaye et la recherche des bacilles acido-résistants dans les frottis des ganglions prélevés 8 à 15 jours après l'inoculation.

La même méthode s'est révélée la plus rapide et la plus sûre pour déceler le virus tuberculeux dans les liquides pleuraux, céphalo-rachidien ou autres produits suspects de tuberculose.

Aucune des substances examinées ne contenait de bacilles de Koch à l'examen direct. On injectait, en même temps, 0 cmc 1 du produit dans les ganglions lymphatiques du cou et 2 cmc par voie sous-cutanée à un autre cobaye.

Par l'inoculation intra-ganglionnaire, on découvre des bacilles de Koch sur les frottis colorés des ganglions prélevés 8 jours après, donc dans un délai beaucoup plus court que par l'injection sous-cutanée, bien que les doses fussent 10 fois moindres. Les résultats ont toujours été concordants.

Autre avantage : le ganglion détruit les microbes inoffensifs ou peu pathogènes pour le cobaye et purifie ainsi le produit inoculé, tandis qu'il permet le développement et la multiplication du bacille de Koch.

Cette méthode paraît même favoriser l'exaltation de la virulence du bacille de Koch, puisque, grâce à elle, les lésions lupiques déterminent plus rapidement et plus sûrement des lésions tuberculeuses chez le cobaye.

Robert Clément.

REVUE DE MÉDECINE (Paris)

F. Trémolières, J. Lhermitte et P. Véran. *Hypertension paroxystique d'origine nerveuse.* (*Revue de Médecine*, tome XLVII, n° 8, Octobre 1930). — T., L. et V. rapportent l'intéressante observation d'un jeune homme de 28 ans, sans passé pathologique, sans antécédents syphilitiques, qui présenta, à 5 reprises séparées de 6, 4, 3 et 1 mois, une éruption zostérienne subfébrile, sur le territoire du trijumeau, accompagnée chaque fois d'une poussée d'hypertension artérielle.

La crise hypertensive apparut soit le lendemain, soit 3 jours après; elle porta la tension artérielle entre 25-17 et 29-20 et s'accompagna 3 fois de coma convulsif, d'hyperazotémie et d'albuminurie. La dernière poussée ne fut pas suivie d'accidents nerveux, mais montra une aggravation des signes de néphrite chronique et l'asystolie cardio-rénale des hypertendus s'installa. La cinquième éruption zostérienne précéda de peu la mort.

A l'autopsie, lésions intenses des deux ganglions de Casser, dilatation kystique bilatérale (Dissociation extrême du plexus triangulaire par du liquide avec amincissement et refoulement au pôle distal de la substance ganglionnaire ; lésion importante de la charpente conjonctivo-vasculaire; essaimage au sein du tissu ganglionnaire de lymphocytes, de plasmocytes et de mastocytes, témoignant d'une réaction inflammatoire). Il y avait, en outre, une hypertrophie considérable de la paroi musculaire du ventricule gauche et deux petits reins scléreux. Les deux surrénales étaient normales même à l'examen histologique.

Les éruptions zostériennes ont toujours précédé les crises hypertensives. La néphrite chronique avec hypertension permanente n'est survenue que beaucoup plus tard.

Cette observation montre, « de façon quasi expérimentale, que certaines crises hypertensives, étrangères à toute lésion surrénale, peuvent être d'origine nerveuse et dues à l'inflammation des ganglions d'origine du trijumeau. »

Malgré quelques ressemblances entre les lésions inflammatoires du ganglion et celle du zona, et en dépit du résultat positif de la réaction de fixation pratiquée sur le liquide céphalo-rachidien, au moyen de l'antigène zostérien et varicelleux, T., L. et V. ne pensant pas qu'il s'agisse d'un véritable zona, qui est rarement symétrique : il s'agirait de lésions inflammatoires dues à un germe infectieux de nature inconnue.

Robert Clément.

L. Lematte. *Le soufre en biologie* (*Revue de Médecine*, tome XLVII, n° 8, Octobre 1930). — Dans la matière vivante, le soufre est intimement lié à l'azote dans le complexe albuminoïde ou protidique.

L'analyse des tissus permet de calculer le *soufre statique ou de constitution* par rapport au poids de l'individu. Les aliments albuminoïdes apportent à l'organisme le soufre qu'il utilise. Oxydé ou réduit, on retrouve dans les humeurs le soufre inutilisé sous plusieurs états. Le sang et la lymphe contiennent en dissolution ou en suspension colloïdale des composés soufrés : c'est le *soufre dynamique ou d'entretien*. Enfin, on trouve dans l'urine le *soufre de déchet*, éliminé sous plusieurs formes. Ces diverses analyses permettent d'étudier le métabolisme du soufre.

Le soufre, ainsi que l'azote, est contenu dans le noyau des protides cellulaires. Le rapport du soufre à l'azote est variable dans les différents protides : S/N varie de 1/50 à 1/8. La globuline de l'homme contient 0,6 pour 100 de soufre. Le rapport S/N est pour elle de 1/27.

L. donne la quantité de soufre contenue dans un certain nombre d'organes de l'homme et des animaux. Chez l'homme, les tissus le plus riches en soufre sont le muscle (0,54 pour 100), le foie 0,45 pour 100), les poumons (0,49 pour 100). Le cerveau humain contient 0,31 pour 100 de soufre, celui du bœuf, 0,61. La teneur en soufre de chaque organe varie trop pour permettre de conclure à la spécificité fonctionnelle de ce métalloïde.

Les aliments qui renferment des protides apportent à l'organisme une certaine quantité de soufre qui varie de 0,97 pour 100 pour le cerveau de bœuf à 0,13 pour 100 pour le pain ou le riz. Nous n'absorbons pas de sulfates métalliques sauf ceux de l'eau et du vin.

Les 3 gr. 50 de soufre (en SO^4H^2) ou 1 gr. 16 (en S) éliminés en 24 heures, le sont sous forme de : soufre oxydé (sulfates) 2,69; soufre non oxydé, 0,52; soufre des sulfo-éthers 0,28. L'alimentation exclusive de viande augmente l'élimination du soufre, l'alimentation exclusive de pain la diminue. L'inanition fait diminuer l'excrétion des sulfates.

On peut établir les quantités de soufre qu'il faut fournir à l'organisme pour reconstituer ses pertes.

Nos connaissances sur les groupements soufrés de constitution sont très imparfaites. Pour étudier cette question et suivre la séparation de l'azote du soufre et des minéraux des protides, on doit employer des méthodes de dissociation moins brutales que la plupart de celles utilisées jusqu'ici.

L'étude de l'élimination du soufre doit être reprise en instituant des régimes bien définis.

Robert Clément.

JOURNAL D'UROLOGIE (Paris)

N. N. Constantinesco et V. Vintici. *Considérations sur la tuberculose rénale, ses suites opératoires et son rapport avec la tuberculose génitale* (*Journal d'Urologie*, tome XXX, n° 2, Août 1930, et n° 3, Septembre 1930. — Cet article, du plus haut intérêt théorique et pratique, a trait à 561 cas de tuberculose rénale unilatérale opérés dans le service de M. Marion. Nous nous bornerons à en recommander la lecture et à en résumer les conclusions.

Au point de vue de l'âge, le maximum de fréquence se rencontre entre 20 et 40 ans, mais la tuberculose des vieillards est loin d'être exceptionelle.

La forme ulcéro-caséeuse se rencontre dans 80 pour 100 des cas : c'est la forme chirurgicale par excellence.

Dans 75 pour 100 des cas, ce sont les troubles

vésicaux qui attirent l'attention sur la maladie.

Le bacille de Koch est décelable dans l'urine dans 65 pour 100 des cas environ; des microbes banaux coexistent avec lui dans près de 2 pour 100 des cas; dans près de 24 pour 100 des cas, on rencontre du pus sans microbes et, dans 10 pour 100, du pus avec des microbes banaux.

La signature de la tuberculose rénale, au point de vue fonctionnel, réside dans une chute considérable de la concentration de l'urine en urée et du débit de la phénol-sulfone-phtaléine. Une infection non tuberculeuse du rein n'est capable de donner de telles chutes que si elle s'accompagne d'une dilatation du bassinet. Dans les cas où la nature de l'infection ne peut être reconnue autrement (cystoscopie et examens bactériologiques), l'inoculation au cobaye renseigne dans 50 pour 100 des cas. Négative, elle n'a point de valeur, à moins que, plusieurs fois répétée, elle ne garde ce caractère.

Le meilleur traitement de la tuberculose rénale est la néphrectomie avec fixation du bout urétéral dans la plaie. La mortalité immédiate (dans le premier mois) est de 4,45 pour 100.

Sur 182 malades qui ont été suivis, 28 sont morts au bout d'un temps variant entre un et huit ans ; 154 ont survécu, leur état général s'est amélioré dans 95 pour 100 des cas, les troubles vésicaux se sont amendés ou ont disparu dans 87 pour 100; les urines se sont éclaircies dans 70 pour 100 des cas.

L'étude de l'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine chez les néphrectomisés permet de conclure qu'il se crée une hyperactivité fonctionnelle compensatrice du rein restant; cette hyperactivité s'établit dès le lendemain de la néphrectomie, au plus tard deux ou trois jours après ; l'élimination de colorant atteint le chiffre de 60 pour 100 et plus. Cette épreuve est le plus sûr moyen de mesurer l'activité fonctionnelle du rein restant. Une élimination s'abaissant au-dessous de 50 pour 100 après néphrectomie doit faire craindre la tuberculisation du rein restant.

Dans 50 pour 100 des cas, des lésions génitales s'associent aux lésions rénales; elles ouvrent la marche dans 15,5 pour 100 des cas; dans 5 pour 100 des cas, ce sont les lésions rénales qui apparaissent d'abord; dans 30,5 pour 100 des cas, lésions rénales et génitales coexistent.

Si une lésion génitale tuberculeuse s'accompagne de pyurie, 2 fois sur 3 cette pyurie relève d'une tuberculose rénale.

G. Wolfromm.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE
(Paris)

H. Hinglais et J Govaerts. ***Contribution à l'étude de la cholestérinémie et de la bilirubinémie chez la mère et chez l'enfant. Considérations sur l'ictère idiopathique du nouveau-né*** (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XXII, Août 1930). — H. et G. se sont proposé de préciser certaines données actuellement classiques en ce qui concerne le métabolisme du cholestérol chez la femme enceinte et chez le nouveau-né, par le moyen de la méthode de Grigaut (sang) et de Kumagawa (tissus).

Femmes enceintes: moyenne globale, 2,39. Six chiffres inférieurs à 2, dix-sept entre 2 et 2,5, quatorze supérieurs à 2,5: donc l'hypercholestérolémie souffre des exceptions.

Fœtus : moyenne globale, 0,74.

Rapport moyen de la cholestérolémie maternelle à la fœtale : 3,2 ; mais il n'y a aucune proportionnalité entre les divers chiffres pris un à un. Faut-il en conclure qu'il n'existe pas un rapport entre ces deux quantités ? Non, disent H. et G. qui inclinent à croire à l'existence d'un tel rapport, lequel serait susceptible d'être masqué par des facteurs autres que la perméabilité placentaire.

La teneur du placenta en cholestérol est de 2,11 pour 1.000, ce qui est un taux voisin de celui des tissus et ce qui écarte l'hypothèse d'une cholestérolígenèse placentaire. Les membranes amniotiques contiennent moins de 1 pour 1.000, ce qui s'inscrit contre l'hypothèse de Keiffer d'une cholestérolígenèse amniotique. Les auteurs rappellent les dosages de Grigaut, favorables à l'idée d'un passage transplacentaire.

H. et G. ont confirmé la richesse des surrénales du fœtus en cholestérol, démontrée par Grigaut, et ils admettent leur rôle dans la production du cholestérol fœtal.

Après la naissance, le sang s'enrichit rapidement en cholestérol et arrive vers le quinzième jour à une moyenne de 1,60. Cette augmentation est très précoce et se manifeste dès avant que le fœtus n'absorbe une quantité appréciable de lait; d'autre part, les auteurs rejettent la théorie de M. Keiffer (réabsorption du cholestérol du vernix); ils admettent que le cholestérol est synthétisé par l'organisme fœtal.

Enfin les auteurs se sont demandé si l'ictère du nouveau-né n'avait pas quelque rapport avec son hypocholestérolémie. Mais les chiffres qu'ils rapportent indiquent des taux moyens bien voisins (0,61) chez les enfants non ictériques et chez les ictériques (0,59).

Henri Vignes.

ARCHIVES DE L'INSTITUT PROPHYLACTIQUE
(Paris)

Arthur Vernes. ***Comment interpréter les résultats photométriques de la réaction à la résorcine*** (*Archives de l'Institut Prophylactique*, tome II, n° 3, 3e trimestre 1930). — Des indications précises sont données pour interpréter les résultats obtenus dans la séro-floculation à la résorcine, réaction extrêmement commode pour le dépistage de la tuberculose.

Un chiffre normal de 0 à 20, ou même un peu plus (dans certains cas jusqu'à 30), exclut le diagnostic d'infection tuberculeuse en activité.

Lorsqu'on trouve un chiffre supérieur à 30, le sujet n'est pas dans un état normal; il faut s'assurer : *a*) qu'il n'est pas sous l'influence d'une infection aiguë quelconque; *b*) qu'il n'a pas pris récemment un médicament capable de provoquer une élévation *passagère* de la courbe photométrique; *c*) que le sérum, prélevé à jeun, est parfaitement clair. Si ces trois conditions ont été respectées, le sujet est atteint de tuberculose évolutive.

Construite pour enregistrer l'activité de l'agent pathogène, la réaction permet, par les examens successifs toujours indispensables, d'inscrire une courbe de l'infection et celle-ci est l'élément de pronostic le plus fidèle et le plus aisé à consulter qu'il soit.

Quérangal des Essarts. ***Importance de la réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic des méningites tuberculeuses*** (*Archives de l'Institut Prophylactique*, tome II, n° 3, 3 trim. 1930).—Dans la tuberculose, comme dans la syphilis, le compartiment sanguin est indépendant du sac méningé. Dans les cas de méningite tuberculeuse, la séro-floculation à la résorcine donne souvent, quand le processus bacillaire est localisé, des indices normaux pour le sang; au contraire, elle décèle (la technique un peu spéciale a été publiée par A. Vernes en 1927) des indices photométriques élevés du liquide céphalo-rachidien.

L'auteur publie 6 observations de méningite tuberculeuse, qu'il a recueillies à l'hôpital Maritime de Brest, et les met en parallèle avec 6 autres observations de méningites de nature non tuberculeuse. Le diagnostic, aisément porté par le Vernes-résorcine, s'est toujours trouvé conforme aux constatations faites à l'autopsie: mise en évidence du bacille de Koch qui n'avait pas été toujours trouvé durant la vie dans le liquide de ponction lombaire.

Henry Chauchard et Nicolas Rapaport. ***Utilisation de la ponction du ganglion satellite dans les cas d'accidents syphilitiques primitifs*** (*Archives de l'Institut Prophylactique*, tome II, n° 4, 4e trim. 1930). — Après avoir indiqué la technique qu'ils emploient, et fait le relevé des résultats obtenus chez 65 malades, les auteurs montrent que la ponction du ganglion satellite, sans remplacer la recherche directe des tréponèmes au niveau de l'exulcération, est des plus utiles, en particulier quand le malade a traité localement sa lésion par des pommades et des bains antiseptiques prolongés, ou lorsque le chancre est impossible à examiner par suite d'un phimosis.

Marcel Leger. ***Les services rendus par la séro-floculation à la résorcine dans la tuberculose*** (*Archives de l'Institut Prophylactique*, tome II, n° 4, 4e trimestre 1930). — La séro-floculation à la résorcine tend de plus en plus, et à juste titre, à se généraliser, car elle fait entrevoir, mieux que tout autre procédé de laboratoire, la possibilité d'une lutte rationnelle contre la tuberculose. Pour le prouver, l'auteur indique les nombreuses recherches de vérification pratiquées dans tous les pays du monde, et insiste sur les services qu'on est en droit d'attendre d'elle; il accompagne ses démonstrations d'observations avec courbes de l'infection inscrites grâce aux examens multiples du sang.

Dans la *tuberculose pulmonaire*, les trois principaux avantages de la réaction sont: la précocité du renseignement diagnostique, le parallélisme entre la courbe de floculation et l'évolution du mal; la surveillance post-opératoire des pneumothorax.

Dans la *tuberculose chirurgicale*, la notion d'activité du processus est parfaitement acquise après vérification d'un degré photométrique élevé; le Vernes-résorcine, dans maintes circonstances, a aiguillé le praticien vers le diagnostic étiologique exact auquel il n'avait pas de raisons spéciales de penser.

La réaction à la résorcine est également un *guide fidèle du traitement*, renseignant mieux que l'examen clinique le plus attentif même aidé de la thermométrie et de la radioscopie.

Comme test d'*expertise médicale*, le procédé a été mis en œuvre, sur une grande échelle, dans l'Armée et à la Compagnie des Chemins de fer du Midi. Il a donné entière satisfaction à ceux qui s'en sont servis.

Grâce à lui, on peut en outre préciser l'avenir des tuberculeux. Le Vernes-résorcine traduit en effet la *résistance humorale à l'infection* aussi bien et plus commodément que le pouvoir bactéricide des sérums, comme l'ont établi les travaux récents de P. Courmont et H. Gardère. Le « silence du photomètre » s'oppose à une symptomatologie plus ou moins bruyante chez certains tuberculeux. La surveillance ultérieure montre que leur état va en s'améliorant progressivement. Ces individus, quoique porteurs de germes tuberculeux, sont « imperméables à l'infection ». La surveillance de tels sujets, facile par l'examen de sang, est indispensable, car la tuberculose peut devenir chez eux évolutive à un moment donné et il importe d'en être averti au plus tôt.

La photométrie a même permis à P. Uffoltz d'exprimer l'opinion qu'il y a des « porteurs sains » de bacilles tuberculeux, expectorant des bacilles pathogènes quoique n'ayant aucune lésion pulmonaire notable.

La séro-floculation à la résorcine a été appliquée par Grysez et ses collaborateurs à la *tuberculose*

LE VEINOTROPE

TRAITEMENT INTÉGRAL de la **Maladie veineuse** — et de ses — COMPLICATIONS

3 formes

Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux Rayons U. V.

3 formes

Formule M
(Usage Masculin)

Para-Thyroïde	0.001
Orchitine	0.035
Surrénale	0.005
Pancréas	0.100
Hypophyse (lobe post.)	0.001
Noix vomique	0.005
Ext. { Hamamelis Virg. / Marron d'Inde.. }	aâ 0.035

(Comprimés rouges)

DOSE : 2 comprimés en moyenne 1 heure avant les 2 repas principaux ou suivant prescription médicale. Avaler sans croquer.
DURÉE DU TRAITEMENT : 3 semaines par mois. Chez la femme interrompre au moment des règles.

VEINOTROPE-POUDRE
(ULCÈRES VARIQUEUX et plaies en général)

Extrait embryonnaire	1 gr.
Protéoses hypotensives du Pancréas	3 gr.
Calomel	4 gr.
Talc stérile q. s. pour	100 gr.

Poudrer après lavage au sérum physiologique et recouvrir de gaze stérile.

Formule F
(Usage Féminin)

Para-Thyroïde	0.001
Ovarine	0.035
Surrénale	0.005
Pancréas	0.100
Hypophyse (lobe post.)	0.001
Noix vomique	0.005
Ext. { Hamamelis Virg. / Marron d'Inde.. }	aâ 0.035

(Comprimés violets)

LABORATOIRES LOBICA
46 Avenue des Ternes PARIS (17e)
G. CHENAL - PHARMACIEN

DESINFECTION INTESTINALE

Le Lactochol

FORMULE :
Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires
Lactate de calcium

60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls

Docteurs! Le granulé de Lactochol est le spécifique des Gastro-Entérites, Entérites, Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes. Goût agréable

DOSES :

I. GRANULÉS

1° ADULTES : 4 à 12 cuillerées à café avec un peu d'eau sucrée.
2° ENFANTS : 2 à 4 cuillerées à café.
3° NOURRISSONS : Une demi-cuillerée à café délayée dans un peu d'eau bouillie ou de lait avant la tétée ou le biberon, plusieurs fois par jour.

II. COMPRIMÉS

1° ADULTES : 4 à 12 Comprimés par jour, 1/4 d'heure avant le repas avec de l'eau sucrée (avaler sans mâcher).
2° ENFANTS : 2 à 6 par jour dans les mêmes véhicules.

LACTOCHOL

LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien 46, AVENUE DES TERNES - PARIS (17e)

expérimentale du cobaye. Chez l'animal infecté, le sérum marque un degré photométrique élevé déjà du 8e au 14e jour. On peut donc, après inoculation à un cobaye d'un produit pathologique suspect, savoir assez rapidement s'il s'agit de tuberculose, sans attendre la mort tardive de l'animal.

En résumé, la séro-floculation à la résorcine constitue à l'heure actuelle, pour tous ceux qui s'occupent de médecine sociale, l'auxiliaire le plus précieux et le plus fidèle pour le dépistage des tuberculeux et leur surveillance méthodique et raisonnée.

PARIS MEDICAL

Lévy-Solal, Jacobson, Dalsace et Pariente. ***L'éther benzyl-cinnamique dans le traitement des salpingites*** (*Paris médical*, tome XX, n° 43, 25 Octobre 1930). — L'un des auteurs (Jacobson), dans sa *Thèse* (1919), a montré que l'éther benzyl-cinnamique possède des propriétés antitoxique, vaso-dilatatrice et catalytique grâce auxquelles il agit sur la congestion, l'infiltration, la suppuration et les ulcérations provoquées par différents agents pathogènes. En faisant régresser les lésions inflammatoires de natures diverses, il atténue et fait disparaître le symptôme douloureux que provoquent ces différentes lésions. C'est ainsi que Gosset, Gutmann et Jahiel ont constaté l'efficacité de l'éther benzyl-cinnamique sur les périviscérites douloureuses (*Presse Médicale*, 13 Mars 1929). De leur côté, les auteurs du présent article peuvent confirmer aujourd'hui ces constatations par les résultats qu'ils ont obtenus dans les lésions inflammatoires gynécologiques qui présentent le grand avantage d'offrir à la fois le symptôme douleur et une lésion inflammatoire que l'on peut suivre par le toucher.

Ils donnent le résumé de 10 observations de salpingites traitées par l'éther benzyl-cinnamique.

La technique est très simple. Les malades reçoivent pendant 12 jours une injection intra-musculaire quotidienne de 1 cmc de la solution dans la région fessière. Repos 10 à 15 jours. On recommence une nouvelle série de 12 injections. En général, à la fin de la 2e série, la lésion régresse. Sinon, on pratique une 3e série après 15 jours de repos.

Pas de réaction locale, focale, ni générale. Néanmoins, si l'état général de la malade est mauvais, il sera préférable de commencer par des injections de 1/2 cmc.

Des 10 observations publiées par les auteurs, il ressort que l'action de l'éther benzyl-cinnamique se manifeste :

1° *Sur l'élément douleur.* — Celle-ci cède en général vers la 4e ou 5e injection. Cette action se manifeste surtout dans les cas où la douleur est *continue*. Au contraire, les auteurs ont enregistré un échec dans le cas où la douleur procédait par crises.

2° *Sur la lésion elle-même.* — Celle-ci subit une régression par étapes. On voit d'abord la masse se limiter, puis se transformer en un empâtement plus ou moins diffus, et finalement il n'y a plus qu'un épaississement de consistance fibreuse.

Les observations sont encore trop récentes pour préjuger de l'avenir des malades traitées par l'éther benzyl-cinnamique, bien que quelques-unes d'entre elles aient été revues après 5 mois, avec une guérison maintenue. Mais les résultats obtenus jusqu'ici, tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue anatomique, méritaient d'être signalés.

J. Dumont.

JOURNAL DES PRATICIENS (Paris)

A.-B. Marfan. ***Les régimes sans lait chez les nourrissons*** (*Journal des Praticiens*, tome XLIV, n° 38, 20 Septembre 1930). — Dans certains états morbides, il est parfois nécessaire de supprimer provisoirement le lait, les décoctions d'amylacées, les bouillons de légumes, les bouillies farineuses; les potages au bouillon de viande et aux légumes passés constituant un régime incomplet pour fournir la quantité d'azote nécessaire, Ribadeau-Dumas a proposé d'utiliser les farines d'alleurone et Hamburger, Czerny, Moll et Stransky, Jundell ont essayé de constituer sous forme de pudding des aliments complets.

Pour M., les indications de ces régimes d'exception, proposés par les auteurs allemands, ne sont pas toutes justifiées; notamment, pour guérir le rachitisme et la tétanie, il n'est nullement nécessaire de supprimer complètement le lait; de même, dans la gastro-névrose émétisante, la diarrhée cholériforme et surtout la diathèse exsudative.

Les états dans lesquels la suppression complète du lait est justifiée sont l'intolérance idiosyncrasique et l'anaphylaxie vraie pour le lait, puis l'anorexie élective pour le lait. Il s'agit là de cas rares, et il faut attendre pour savoir si les régimes, où les protéines sont empruntées aux viandes, aux viscères et aux œufs, seront bien tolérés avant de les substituer aux régimes classiques.

Robert Clément.

Ch. Achard. ***Le syndrome des cardiaques noirs dans les séquelles d'intoxication par les gaz de combat*** (*Journal des Praticiens*, tome XLIV, n° 39, 27 Septembre 1930). — Un homme de 50 ans, ayant été intoxiqué en 1917 par l'ypérite, présenta pendant de longs mois des accidents pulmonaires avec fièvre, toux, expectoration abondante et sanglante. On ne trouva jamais de bacilles de Koch dans ses crachats et il fut réformé avec le diagnostic de bronchite avec emphysème. Chaque hiver, il était dyspnéique, avec des bronchites, des poussées de congestion pulmonaire. Les accidents allèrent en s'aggravant pour aboutir à la dyspnée et à la cyanose permanentes.

L'examen radiologique montre un cœur augmenté de volume surtout au niveau du ventricule gauche et de fortes traînées sombres à disposition radiée partant du hile des poumons. L'injection trachéale de lipiodol permet de constater une dilatation moniliforme des rameaux bronchiques à la base droite. Les doigts en baguettes de tambour, la polycythémie, l'évolution vers l'asystolie complètent le diagnostic du syndrome d'Ayerza.

Si le syndrome des « cardiaques noirs » est typique, l'étiologie est assez particulière. On ne trouve pas de traces de syphilis. C'est l'action caustique des gaz de combat, entraînant d'abord des accidents aigus d'infection broncho-pulmonaire, puis cette longue suite d'accidents chroniques et progressifs sous l'influence de bronchites et de congestions pulmonaires à répétition qui ont créé la dilatation du cœur droit par gêne de la circulation pulmonaire, puis la cyanose. Les obstacles circulatoires dépendent des lésions artériolaires et les obstacles respiratoires de la sclérose bronchiolaire.

La sclérose de l'artère pulmonaire et de ses branches peut n'avoir que fort peu de symptômes et l'on a discuté sur l'ordre de succession des lésions.

A. pense que, dans le cas observé, les lésions artérielles ont succédé à celles des bronches « ce qui ne veut pas dire que, dans d'autres circonstances, les lésions artérielles ne puissent pas être les premières en date ».

Le pronostic est toujours grave, les lésions tant broncho-pulmonaires qu'artério-pulmonaires sont incurables et la distension du cœur droit aboutit fatalement à son insuffisance définitive.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

Ch. Gardère et J. Savoye. ***Tétanie au cours de la fièvre typhoïde*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 264, 5 Janvier 1931). — Les maladies infectieuses peuvent parfois se compliquer de tétanie, mais cette manifestation semble rare au cours de la fièvre typhoïde.

Elle survient alors généralement à la période d'état, dans des formes de gravité moyenne, plus tôt chez l'enfant que chez l'adulte.

La tétanie se manifeste par ses signes habituels. Elle a un pronostic bénin avec une évolution clinique parallèle à celle de la typhoïde. La guérison spontanée est la règle.

Bien des points restent obscurs dans cette question. On ignore par quel mécanisme le bacille d'Eberth est capable de produire ces accidents nerveux et, parmi plusieurs hypothèses, on peut se demander si ce n'est pas par action sur les glandes parathyroïdes, comme plusieurs faits semblent, non de le démontrer, mais permettre d'y penser. On ne sait pas davantage si la typhoïde déclenche la tétanie chez des spasmophiles latents ou si elle la crée de toutes pièces.

BORDEAUX CHIRURGICAL

J. Jeanneney (Bordeaux). ***Traitement des coliques de gaz post-opératoires par le lavement salé hypertonique*** (*Bordeaux chirurgical*, tome II, Janvier 1931). — Chez les opérés de l'abdomen, après une parésie intestinale réflexe de 24 à 36 heures, pendant laquelle les gaz s'accumulent dans l'intestin, le péristaltisme revient, mais il est douloureux, incoordonné et n'aboutit à l'expulsion de gaz qu'après la 36e ou la 48e heure, en moyenne.

Quelles que soient les causes de ce phénomène, — dilatation atonique post-opératoire, spasmes, en particulier du sphincter anal, absence de sollicitation de l'évacuation rectale, accumulation de gaz intestinaux, impossibilité des efforts d'expulsion en raison de la douleur qu'ils provoquent au niveau de la plaie opératoire, — il faut trouver un moyen qui amène l'évacuation des gaz en laissant la paroi au repos, c'est-à-dire en n'obligeant pas le malade à forcer sur une plaie opératoire encore douloureuse. Ce moyen ne peut être obtenu qu'en provoquant, d'une part, le relâchement du spasme réflexe du sphincter anal, et, d'autre part, en amenant une contraction péristaltique normale et effective de l'intestin.

Frappé des résultats obtenus dans les occlusions et invaginations de l'intestin par l'emploi des injections intra-veineuses et intra-rectales de solutions chlorurées hypertoniques, J. a essayé de les appliquer au traitement des coliques de gaz post-opératoires. Les lavements de solution hypertonique, en particulier, lui ont toujours donné, dans ces cas, d'excellents résultats.

Dès la 30e heure, chaque fois que ses opérés paraissent quelque peu gênés ou fatigués par leurs coliques de gaz, il leur fait administrer un petit lavement, de la valeur de un à deux verres d'eau, de sérum hypertonique à 10 ou 15 pour 100 (une cuillerée de sel de cuisine pour un verre d'eau) : les résultats ont toujours été très satisfaisants. Chez les opérés plus fatigués, présentant de la tympanite, J. a associé à ce lavement une ou deux injections intraveineuses de sérum hyperchloruré à 10 pour 100.

Il semble que l'injection, dans le rectum, d'un liquide hypertonique y provoque deux phénomènes : 1° un appel liquide, d'ailleurs faible; 2° une contraction réflexe rapide du rectum avec relâchement concomitant des sphincters, entraînant rapidement l'évacuation de toute l'ampoule rectale. Le lavement salé hypertonique a ainsi réveillé un péristaltisme normal et produit sans effort volontaire une expulsion de gaz suffisante pour soulager le malade.

J. Dumont.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

R. Dupérié. ***Sur quelques cas de poliomyélite antérieure aiguë à forme méningée*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome LI, n° 38, 21 Septembre 1930). — D. rapporte 5 observations dans lesquelles le diagnostic porté au début fut celui de méningite aiguë, puis ultérieurement des paralysies survinrent éclairant le diagnostic et permettant celui de forme méningée de la poliomyélite aiguë. Dans 3 cas, les paraplégies flasques des membres inférieurs, du tronc et des membres supérieurs étaient tout à fait caractéristiques. Dans un cas, il s'agissait d'un syndrome de Landry que les notions d'épidémicité, le mode de début des paralysies, l'intégrité des nerfs craniens et l'absence de troubles psychiques permettent de rattacher à la maladie de Heine-Medin. La dernière observation a trait à une filette de 10 ans qui présenta un syndrome méningé typique avec température à 40° et pouls à 130, un liquide légèrement louche contenant plus de 100 leucocytes par champ d'immersion avec prédominance légère de lymphocytes et 43 pour 100 de polynucléaires, 0 gr. 50 d'albumine et pas de microbes. 6 jours après le début, alors que les signes méningés s'améliorent, on constate l'existence d'une paralysie faciale totale gauche avec epiphora. Cette paralysie présenta, à l'examen électrique du facial, une réaction de dégénérescence partielle et persista définitivement.

A propos de ces 5 cas, D. étudie les formes méningées de la poliomyélite épidémique.

Au cours de la poliomyélite, on observe le plus souvent un liquide céphalo-rachidien contenant une dizaine de lymphocytes avec augmentation nette de l'albumine; mais parfois, surtout au début, on peut avoir une leucocytose plus marquée avec une albuminose normale, tandis que, dans les ponctions lombaires plus tardives, on trouve de l'hyperalbuminose sans leucocytose.

Dans la forme normale, on peut relever très souvent quelques signes de la série méningée : céphalée, assoupissement, raideur douloureuse de la nuque, douleurs dans les mouvements passifs. Il existe des formes méningées pures sans paralysie, des formes à début méningé ou à signes méningés prédominants au cours de la maladie.

Ces diverses formes posent parfois un problème diagnostique délicat : le liquide est en général clair, contient un taux normal de chlorure, réduit normalement la liqueur de Fehling et l'examen direct ni la culture ne permettent de déceler le microbe. Au début, il y a hyperleucocytose, avec exceptionnellement polynucléose et l'albumine est faiblement augmentée. La notion d'épidémie servira quelquefois à faire le diagnostic qui souvent reste en suspens, jusqu'à l'apparition d'une paralysie.

Il ne semble pas qu'il y ait une relation entre la localisation et l'étendue des paralysies, la gravité de la maladie et la participation des méninges. L'atteinte méningée, tout en témoignant d'une diffusion particulière du virus, ne paraît pas aggraver nettement le pronostic qui paraît surtout commandé par la localisation et l'extension des paralysies.

ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

L. Langeron et **H. d'Hour.** ***A propos du traitement médical des abcès du poumon: documents cliniques et radiologiques concernant 7 observations*** (*Journal des Sciences médicales de Lille*, tome XLVIII, n° 36, 7 Septembre 1930). — Dans un grand nombre de cas, le traitement médical simple suffit pour guérir les abcès du poumon. Il existe même des guérisons spontanées. Dans 3 cas, qui se sont terminés par la mort, le traitement chirurgical n'était pas indiqué, soit qu'il s'agît d'un vieillard en état d'insuffisance cardiaque grave, soit parce que les abcès étaient multiples et la cachexie trop accentuée.

Dans les 7 observations que L. et H. rapportent, la guérison fut obtenue par le traitement médical; un seul cas aurait nécessité une intervention, mais le malade l'a refusée.

L'association systématique du traitement novarséno-benzolique aux doses de 0,15 et 0,30, répétées tous les 2 ou 3 jours, et de sérum antigangreneux à la dose de 40 cmc répétée fréquemment dans la période aiguë, augmente les chances de guérison, d'autant plus que le traitement aura été précocement institué.

Dans un cas d'abcès simple à streptocoque, on eut recours au traitement par l'émétine.

Les rechutes sont fréquentes et améliorées par l'arsénothérapie.

L'intégrité radiologique fut obtenue dans l'ensemble; seules quelques traînées scléreuses marquent la zone antérieurement atteinte.

Le danger lointain de ces abcès gangreneux réside dans le fait que certains de ces malades deviennent des dilatés bronchiques.

ROBERT CLÉMENT.

BRUXELLES MÉDICAL

G. H.-F. Nuttall (Cambridge). ***Le rôle pathogène des tiques*** (*Bruxelles médical*, tome X, n° 50, 12 Octobre 1930). — Les tiques se nourrissant exclusivement du sang des mammifères, servent de vectrices dans plusieurs maladies de l'homme et surtout des animaux. Elles se divisent en 2 familles, les *Argasidæ* et les *Ixodidæ* que distingue des premières un écusson dorsal. Les *Argasidæ* se nourrissent rapidement comme les punaises, tandis que les *Ixodidæ* se nourrissent lentement, restant attachées à leur hôte pendant des jours et même des mois.

Les spirochètes sanguicoles des fièvres récurrentes des pays chauds sont transmis par des tiques du genre *ornithodorus*. Les spirochètes pénètrent par le tube digestif, puis disparaissent pour apparaître au moment où la tique devient infectieuse; quelquefois, ils ne reparaissent pas sous une forme visible. Chez plusieurs espèces de tiques, les spirochètes sont transmis héréditairement.

La fièvre des Montagnes Rocheuses est transmise par la tique ixodidée *Dermacentor Andersoni*. Les 3 stades de la tique — larve, nymphe, adulte — parasitent 3 différents hôtes : les larves et nymphes s'attachent surtout à de petits animaux comme les rongeurs tandis que les adultes s'attachent aux grands animaux : chevaux, bétail, cerfs et à l'homme. Les tiques produisent l'infection par leurs piqûres, mais elles doivent rester attachées de 6 à 10 heures pour causer une infection. La même tique transmet la tularémie, cause la paralysie à tiques, des ulcères résistants et parfois un parasitisme intense chez le cheval, le bétail, les moutons, cerfs et chèvres sauvages.

La tularémie, qui ressemble à la peste, infeste 12 espèces de rongeurs ainsi que le mouton et le bétail. Le *Bacterium Tularense*, qui en est l'agent pathogène, est transmis par divers arthropodes suceurs de sang, des insectes, les puces, les poux et des tiques. Les tiques *D. Andersoni* et *D. occidentalis* attaquent l'homme et les rongeurs et peuvent transmettre la tularémie aux grands animaux, tandis que la tique *æmaphysalis Leporis palustris* très commune sur les lapins sauvages transmet la maladie aux rongeurs.

La fièvre d'Oroya ou Verruga péruvienne est transmise par *D. Andersoni*.

La paralysie causée par les tiques a été observée en Australie, en Afrique du Sud et en Amérique du Nord chez l'homme (principalement chez les enfants) et chez les animaux domestiques. Elle sévit surtout au printemps et en été. Une seule tique femelle peut causer plusieurs cas mortels, produisant une paralysie motrice progressive apparaissant 5 à 6 jours après que la tique s'est attachée à l'individu. Si la tique est enlevée avant le deuxième jour, la paralysie ne survient pas. Les essais de transmission de la paralysie à tique par inoculation d'animaux atteints à des animaux sains ont échoué. Il est probable que cette paralysie uniquement motrice est d'origine toxique. La toxicité de la sécrétion salivaire des tiques varierait suivant les espèces et suivant la susceptibilité de l'hôte récepteur.

Les piqûres de certaines tiques peuvent être fort douloureuses et s'accompagner d'ecchymoses étendues et d'hémorragies sous-cutanées. Les larves de certaines Ixodidées, lorsqu'elles attaquent l'homme en nombre considérable, peuvent produire une irritation intense avec fièvre. Alors que certaines personnes sont très susceptibles aux effets du « venin des tiques », d'autres, vivant dans les pays infestés par ces parasites, acquièrent une immunité contre ces effets pathogènes.

Pour se protéger contre les piqûres de tiques, il faut éviter les endroits infestés tels que les huttes indigènes et les stations et haltes le long des routes. Les indigènes abandonnent les huttes infestées : il serait bon de les brûler. Les parterres cimentés et propres, les maisons en matériaux durables ne sont en général pas infestés. Les tiques évitant l'humidité, on peut arroser les sols en terre battue.

Les vêtements exclusifs, les moustiquaires, les subtances antiseptiques permettent de se protéger contre les piqûres des tiques.

Les mesures de désinfection générale, la destruction des rongeurs, la destruction systématique des tiques des animaux domestiques par bains ixodicides ou à la main sont d'excellentes mesures prophylactiques. Dans certains pays, on utilise les moutons comme animaux-pièges et l'on détruit ensuite les tiques sur ces animaux. On a essayé aussi de combattre *D. Andersoni* à l'aide d'un hyménoptère parasite des Ixodidées. On a enfin essayé de créer une immunisation de l'homme avec un vaccin obtenu en émulsionnant les tiques infectieuses en solution physiologique phénolée à 0,5 pour 100.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Lausanne-Genève)

R. Choisy et **A. H. du Bois.** ***Anémie pernicieuse d'origine digestive ; guérison rapide par lavage intestinal à l'acide chlorhydrique.*** (*Revue médicale de la Suisse Romande*, tome L, n° 11, 25 Septembre 1930). — Chez un homme de 46 ans, ayant présenté des troubles gastro-intestinaux sous forme de diarrhée et de vomissements, survenant par poussées depuis l'âge de 24 ans, on constata une anémie pernicieuse à 890.000 globules. L'examen radiologique montra un retard d'évacuation et des images hydro-aériques du cæcum et du côlon ascendant. Le tubage gastrique révéla l'absence totale d'acide chlorhydrique libre, le tubage duodénal donna une épreuve de Meltzer-Lyon positive, mais une déficience marquée des ferments pancréatiques : seule l'amylase était présente et active.

Malgré les injections intra-veineuses de sérum glucosé, une transfusion de 300. cmc, le traitement par la méthode de Whipple, l'administration par la bouche d'acide chlorhydrique, d'arsenic, de strychnine, l'alimentation par des bouillies de riz et de gruau d'avoine, l'état s'ag-

grava. On institua alors l'administration par la sonde duodénale, goutte à goutte, de 4 litres de sérum physiologique chaud acidifié à 2 pour 1000 par l'acide chlorhydrique. Cette opération dura toute la journée et s'accompagna de l'émission de selles très nombreuses paraissant constituées de bile pure. Le lendemain, l'état était entièrement transformé; 15 jours après, il y avait 3 millions de globules et 2 selles moulées par jour.

Le résultat rapide de ce drainage acide de l'intestin vient étayer la pathogénie intestinale de l'anémie pernicieuse.

Les œdèmes que présentait ce malade ayant disparu sous l'influence de la thérapeutique, C. et B. pensent que l'adjonction d'acide a rétabli chez lui la pression osmotique insuffisante des albumines sanguines.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVOS DE MEDICINA Y CIRUGIA Y ESPECIALIDADES (Madrid)

J.-M. Madinaveitia. *Nouveau traitement de la lambliase duodénale* (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, t. XXXIII, n° 14, 4 Octobre 1930). — M. a essayé de traiter les lambliases duodénales par la diathermie; aussitôt après les séances, il pratiquait un tubage duodénal. Ses cas sont encore assez peu nombreux : il en rapporte 5 avec 2 succès et 2 échecs, le cinquième malade n'ayant pas consenti à se laisser tuber après la séance.

Lorsque, après la diathermie, l'auteur observait les lamblias retirées par le tubage, il avait l'impression qu'elles étaient moins mobiles. Il se demande si ce ne serait pas alors le moment de les expulser définitivement à l'aide de fortes doses de vermifuges; il ne semble pas l'avoir essayé. Ce n'est là qu'une communication préliminaire qui a son intérêt, car on connaît les nombreux échecs enregistrés avec les traitements habituels des lambliases.

M. NATHAN.

E. de Grégorie et J. Sierra. *La leucocytoréaction de Gonin, Bienvenue et Daoulas dans le diagnostic de la syphilis* (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, t. XXXIII, n° 14, 4 Octobre 1930).

La réaction de Gonin, Bienvenue et Daoulas se recherche de la façon suivante : on détermine un choc par irradiation, qui, suivant la technique employée, produit de la leucopénie et de l'hyperleucocytose. Cette modification dure plusieurs heures et est transmissible à un autre sujet; peu importe que ce premier sujet soit ou non syphilitique; au contraire, l'injection de ce sang irradié à un second sujet détermine chez ce dernier de la leucopénie si le récepteur est normal, de la leucocytose s'il est syphilitique.

Les auteurs espagnols rapprochent de cette réaction celle de d'Armate dans laquelle la leucopénie après injections de médicaments antisyphilitiques serait un indice de spécificité. Ils ont expérimenté en grand ces deux méthodes et ont trouvé leurs résultats inconstants même en opérant chez des syphilitiques notoires.

En effet, disent-ils, ces leucopénies ou leucocytoses transitoires sont d'une interprétation délicate et sujettes à des variations infinies suivant des variantes insignifiantes du manuel opératoire; elles relèvent de phénomènes spasmodiques; or les recherches de Tinel et Santenoise, de Camus et Pagniez ont montré la facilité avec laquelle on obtient des spasmes et l'énorme retentissement de ces spasmes sur la leucocytose ou la leucopénie. Jusqu'à plus ample informé les auteurs considèrent cette méthode comme inutilisable.

M. NATHAN.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

R. Schoen et E. Derra. *Recherches sur la signification de la cyanose comme symptôme clinique* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXVIII, nos 1 et 2, Août 1930). — La cyanose est déterminée par la quantité absolue d'hémoglobine réduite qui existe dans le sang capillaire; elle est en revanche peu influencée par l'oxyhémoglobine. On ne l'observe pas en cas d'anémie sévère; on l'observe au contraire en cas d'hypolycythémie.

Il faut que le déficit de saturation pour O^2 dépasse 15 à 20 pour 100 pour que la cyanose apparaisse à coup sûr. Dans les cas de cyanose où ils l'ont mesuré, S. et D. ont trouvé un déficit assez faible (5,3 à 14.3); la cyanose manquait parfois entre 3,5 et 12,9. Dans la grippe, même sans troubles circulatoires, la cyanose des lèvres et du palais a été trouvée assez caractéristique.

La cyanose peut être due, soit à un défaut de saturation du sang artériel par O^2 (troubles pulmonaires ou cardio-pulmonaires), soit encore à une utilisation anormale de O^2 au niveau des capillaires. Le plus souvent ces deux facteurs interviennent et la cyanose est mixte.

Dans les affections pulmonaires et notamment dans la pneumonie, l'origine de la cyanose n'est due que pour une faible part à un mélange de sang veineux provenant des régions non ventilées. Les régions hépatisées sont, en effet, mal irriguées; l'entrave aux échanges gazeux est due aux modifications des parois alvéolaires mises en évidence par le fait que l'inhalation d'oxygène pur augmente la saturation du sang artériel. En outre, une respiration superficielle et fréquente peut également gêner l'oxygénation. C'est à des lésions de l'épithélium alvéolaire, à la «pneumonose», que Brauer attribue la cyanose précoce de la grippe. Les cyanoses les plus marquées ont été observées dans les affections pulmonaires aiguës.

L'anoxémie de l'emphysème est surtout due à une augmentation de l'air résiduaire.

Dans la maladie bleue, il y a parfois court-circuit entre le système artériel et veineux et, par l'analyse du sang artériel, on peut théoriquement mesurer le volume du sang qui ne passe pas par les poumons à condition que ceux-ci artérialisent normalement le sang qui les traverse. En effet, la stase dans les poumons, la stase périphérique et l'augmentation de l'hémoglobine jouent un rôle et compliquent beaucoup les choses.

La cyanose cardiaque par stase capillaire s'observe d'abord dans la paralysie infectieuse des vasomoteurs à moins que la peau ne soit très mal irriguée parce que le sang se trouve presque entièrement accumulé dans l'aire splanchnique. Cette forme de cyanose capillaire est rare dans les troubles circulatoires chroniques.

Les cyanoses mixtes, à la fois artérielles et capillaires, sont pratiquement les plus fréquentes et la mesure de la saturation du sang artériel permet de préciser dans quelles mesures la stase périphérique et les lésions pulmonaires interviennent.

Dans 6 cas de sténose mitrale, parfois compliquée d'insuffisance, la saturation a été insuffisamment abaissée pour expliquer la cyanose, de sorte que la stase périphérique devait jouer le rôle principal. Dans l'insuffisance de l'aorte, la saturation a diminué, mais la stase périphérique intervient. Il en est de même dans l'insuffisance myocardique.

La diffusion de O^2 se fait mal quand la tension alvéolaire de ce gaz est diminuée par une respiration superficielle ou par augmentation de l'air résiduaire. Elle peut être également gênée par les parois alvéolaires ou des troubles circulatoires des poumons. La cyanose sans diminution de la saturation artérielle est rare chez les cardiaques. Les cyanoses cardiaques les plus intenses s'observent en cas d'insuffisance du cœur droit (cardiaques noirs).

P.-E. MORHARDT.

ARCHIV für SCHIFFS- und TROPEN-HYGIENE (Leipzig)

A. da Silva-Mello. *Symptôme important pour le diagnostic de l'amibiase intestinale chronique.* (*Archiv für Schiffs und Tropen Hygiene*, tome XXXIV, Août 1930). — S. insiste sur le « signe de l'hypogastre gauche », c'est-à-dire sur une sensibilité plus ou moins marquée, diffuse, dans la région de l'S iliaque et de la dernière portion du côlon descendant, pour la diagnose de la dysenterie chronique. Il lui attribue une grande valeur lorsque les autres symptômes font défaut, notamment dans les cas anciens, compliqués et peu typiques. Sa recherche doit précéder les examens de laboratoire, et sa constatation a permis à S. de reconnaître de nombreux cas de dysenterie, ignorés jusque-là.

CH. JOYEUX.

W. Sagel. *Variations biologiques de diverses races de spirochètes récurrents, notamment « Spirochæta duttoni » et « Spirochœta berbera » (Maroc), d'après de nouvelles expériences sur les paralytiques* (*Archiv für Schiffs und Tropen Hygiene*, tome XXXIV, Août 1930). — Partant de quatre souches de fièvre récurrente : *duttoni*, *berbera* (Maroc), *hispanica* et *angola*, S. répète, par inoculation à des paralytiques généraux, les recherches sérologiques de Sofieff. Il étudie l'individualité des parasites par de nombreuses réactions d'immunité croisée, que nous ne pouvons détailler ici. Le principal résultat acquis est que les souches *duttoni* et *berbera*, après passage par les centres nerveux de la souris, n'ont pas perdu leur pouvoir pathogène pour l'homme. Mais il semble que ce passage tende à effacer les différences biologiques qui les séparent. Par exemple, sur 14 malades préalablement inoculés par *duttoni*, 10 reçoivent du *berbera* et 4 du *berbera* ayant passé par les centres nerveux. Les premiers réagissent, les seconds restent indemnes. S. insiste sur ces modifications dues au milieu organique dans lequel évoluent les spirochètes, qui pourraient expliquer les différences constatées dans les épidémies.

CH. JOYEUX.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

R. Schröder. *Le pronostic de l'infection puerpérale* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 34, 22 Août 1930). — L'étude de la littérature concernant les septicémies puerpérales fournit des chiffres très variables de mortalité, et nulle conclusion pronostique ne peut en être tirée. La statistique de S., envisageant les cas survenus pendant 20 années et nettement caractérisés par des frissons, fournit une mortalité de 45 pour 100.

Si l'on ne compte que les femmes amenées dans un état sérieux mais non désespéré, encore susceptibles d'être traitées, la mortalité n'est plus que de 31,5 pour 100, et, par contre, on obtient environ 50 pour 100 de survie en ne considérant que les malades très gravement atteintes.

Aussi, dans l'appréciation de toutes les thérapeutiques, qu'il s'agisse de l'emploi de préparations argentiques, d'injection de matières colorantes, d'interventions chirurgicales, etc., les résultats, pour être valables, devront comporter, pour un grand nombre de malades, des pourcentages d'amélioration au moins égaux et de préférence supérieurs à ceux représentant les chiffres de guérison spontanée.

G. DREYFUS-SÉE.

Eckstein, H. Herzberg-Kremmer et K. Herzberg. ***Contribution à l'étude clinique de l'encéphalite vaccinale*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 34, 22 Août 1930). — Les auteurs ont étudié des cas d'encéphalite vaccinale présentant des difficultés diagnostiques considérables et montrant la nécessité de pratiquer des recherches soigneuses avant d'attribuer à l'inoculation les symptômes nerveux observés.

Un enfant de 1 an, revacciné 15 jours après une inoculation négative, présente une réaction vaccinale précoce, probablement due à l'état d'allergie déterminée par la primo-inoculation. Des phénomènes méningo-encéphalitiques apparaissent en même temps mais régressent sous l'influence de l'injection du sérum d'un sujet récemment revacciné et dont le titre était de 1/800. Le sang et le liquide céphalorachidien du petit malade contenaient du virus vaccinal. Il est intéressant de noter que la lymphe vaccinale employée n'avait qu'un titre de 1/2000. Cette observation met en garde contre les modifications générales déterminées par une inoculation même négative de lymphe vaccinale. Un second cas moins net d'encéphalite, apparue vingt-neuf jours après la vaccination, est difficilement interprétable du fait de la coexistence d'hérédo-syphilis.

Enfin, un troisième cas met bien en évidence les possibilités d'erreurs: un enfant de 1 an présente sept jours après la vaccination des signes méningitiques nets coïncidant avec la réaction vaccinale locale. Une dizaine de jours après, un érythème morbilliforme apparaît, attribué encore à l'inoculation vaccinale. Cependant l'examen humoral, négatif quant à la recherche du virus, met en évidence une étiologie paratyphique B.

G. Dreyfus-Sée.

R. Luria. ***La tachycardie paroxystique peut-elle être considérée comme une maladie allergique?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 34, 22 Août 1930). — La rapidité et la brusquerie de l'apparition et de la terminaison des accès de tachycardie paroxystique l'apparente aux manifestations allergiques telles que l'asthme, le rhume des foins, l'urticaire géante, certaines diarrhées, l'épilepsie, l'eczéma.

L'association parfois observée des crises tachycardiques et d'une affection allergique, le rôle bien connu du système nerveux vago-sympathique dans le déclenchement de l'accès constituent des faits intéressants.

Ces considérations cliniques ne permettraient qu'une hypothèse, mais L. a eu l'occasion d'observer le cas assez démonstratif d'une malade dont les accès tachycardiques étaient déterminés par l'ingestion de miel et surtout de raisins secs. Les cuti-réactions à ces substances firent la preuve de l'hypersensibilisation elective et l'existence d'éosinophilie sanguine vint encore confirmer le diagnostic.

La suppression des aliments nocifs fit disparaître les accès tachycardiques qu'il fut possible de provoquer à nouveau en faisant prendre à la malade un gâteau contenant des raisins de Corinthe.

Il était intéressant de signaler une telle hypothèse afin d'attirer l'attention des cardiologues sur les symptômes allergiques de ces malades. Leur recherche systématique permettrait peut-être de déceler d'autres cas analogues et établirait la valeur de cette hypothèse pathogénique basée sur une observation curieuse.

G. Dreyfus-Sée.

R. Hornung et **H. G. Grentzfeldt.** ***Paralysies ascendantes du type Landry au cours de la grossesse*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 35, 29 Août 1930). — H. et G. relatent 2 cas de paralysies ascendantes graves, du type Landry, qui leur paraissent de nature à éclairer certains problèmes pathogéniques. Le premier cas réalisait un tableau anatomo-clinique d'intoxication gravidique, alors que dans le second il s'agissait d'une infection intercurrente: poliomyélite épidémique chez une femme enceinte. Chez des malades analogues à la première, avec association d'autres symptômes d'intoxication gravidique, la thérapeutique d'urgence consiste à interrompre la grossesse, et cela sans trop tarder. On peut ainsi espérer sauver la malade. Dans le cas d'infection poliomyélitique accidentelle, le pronostic est beaucoup plus sévère, la maladie de Heine-Medin semblant se présenter chez la femme enceinte avec une forme particulièrement grave. Ici encore, quoique avec des chances de succès beaucoup moindres, l'avortement thérapeutique doit être tenté afin d'essayer d'améliorer le fonctionnement pulmonaire gêné par la parésie diaphragmatique due au développement de l'utérus gravide.

G. Dreyfus-Sée.

Unverricht. ***Les résultats de la cautérisation endopleurale au cours du pneumothorax artificiel*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 38, 19 Septembre 1930). — La thoracoscopie de Kelling et Jacobaeus, méthode diagnostique précieuse, est également utilisable dans un but thérapeutique et Jacobaeus, dès 1913, avait sectionné au galvanocautère, sous contrôle endoscopique, des adhérences pleurales gênant la collapsothérapie.

U. a modifié dès 1921 l'instrumentation un peu simpliste de Jacobaeus afin de rendre cette intéressante méthode moins difficile à exécuter, mais il insiste sur la nécessité d'une bonne technique et l'importance des facteurs personnels: adresse manuelle et expérience. Les indications doivent être soigneusement précisées par les examens radiologiques et endoscopiques: des adhérences larges, ou très vascularisées, seront respectées, alors que les brides, les cordages, même les membranes pourront être sectionnés.

Il faut d'ailleurs compter avec la possibilité de complications secondaires: rupture de cavité pulmonaire, ou plus fréquemment apparition d'exsudats pleuraux séro-fibrineux ou parfois suppurés.

La préexistence d'une pleurésie pose un problème spécial au point de vue de la cautérisation des adhérences : les exsudats apyrétiques, séreux, pauvres en cellules, ne constitueraient pas une contre-indication ; la pleurite exsudative à son stade aigu doit être respectée; passée à la chronicité, elle n'empêche pas l'intervention. On se méfiera des épanchements très fibrineux susceptibles de se coaguler et de provoquer la formation d'adhérences gênant le pneumothorax. Dans ces cas, l'évacuation liquidienne et le lavage de la plèvre ont donné à U. de bons résultats.

Les résultats de l'intervention ont été dans l'ensemble favorables, et U. considère que la cautérisation sous contrôle endoscopique est une méthode efficace, susceptible de faciliter la collapsothérapie dans un certain nombre de cas. Ses indications demeurent cependant assez limitées et sa réalisation nécessite une assez grande habileté manuelle.

G. Dreyfus-Sée.

B. Schapiro. ***Peut-on déterminer la croissance de l'appareil génital masculin non développé, à l'aide du lobe antérieur hypophysaire?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 38, 19 Septembre 1930). — Les études de l'action du lobe antérieur hypophysaire sur l'appareil génital mâle sont rares, tant au point de vue expérimental que clinique. S. les étudie sur des sujets assez divers et son expérience, qui porte sur 26 cas et n'a été poursuivie que 1 an 1/2, n'est pas encore assez importante pour permettre des conclusions fermes. Cependant, ces réserves formulées, les résultats obtenus sont déjà intéressants.

Dans diverses formes d'insuffisance génitale masculine il a employé une hormone préparée industriellement (Prähormon de Promonta Hambourg) qui contient 100 unités par ampoule. Les sujets choisis étaient : 6 eunuchoïdes maigres, 16 adiposo-génitaux, 2 infantiles, 2 cryptorchides simples. La maturité génitale et l'apparition des caractères sexuels secondaires ont été influencées de façon favorable, et ceci d'autant plus rapidement et plus complètement que le traitement était institué plus près de la période pubertaire. L'hormone agit également sur les échanges gazeux qu'elle stimule et sur le métabolisme basal qu'elle diminue le plus souvent.

Le rôle du lobe antérieur hypophysaire dans certains syndromes et, en particulier, dans l'eunuchisme maigre, semble primordial.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Vienne et Munich)

Fr. Bernhard. ***La valeur de la détermination du sucre du sang et de la diastase pour le diagnostic, les indications opératoires et le traitement ultérieur des affections aiguës du pancréas*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 29, 19 Juillet 1930). — B. a déjà eu l'occasion de montrer que les modifications du métabolisme des hydrates de carbone qui s'observent au cours d'affections aiguës du pancréas peuvent être utilisées dans un but diagnostique. Dans 5 cas de pancréatite et de nécrose du pancréas, il a, en effet, constaté de l'hyperglycémie. Depuis lors, dans 5 nouveaux cas, il a fait des observations analogues. Mais, dans 3 cas d'œdème du pancréas, la glycémie n'était pas anormalement élevée et, par contre, il y avait beaucoup de diastase dans l'urine.

Parmi les cas dont B. donne l'observation dans ce travail, il en est un de nécrose presque totale du pancréas qui s'est accompagnée d'une glycémie de 0,260 milligr. pour 100, chiffre qui s'est élevé, après l'opération, à 0,370 et même à 0,519.

Dans les observations de B., comme dans celles de Jorns, l'hyperglycémie n'est jamais aussi marquée dans l'œdème du pancréas que dans la nécrose aiguë. Mais ce fait n'est pas preuve que la régulation du sucre du sang soit alors normale. En administrant 50 gr. de glucose, B. a en effet constaté que la glycémie s'élève beaucoup plus et dure bien davantage en cas d'œdème du pancréas que normalement, de sorte que le rapport entre la glycémie à jeun et la glycémie maxima après administration de glucose s'élève à 1,5 et même à 2. Il est vrai, d'ailleurs, que la modification de ce rapport n'est pas spécifique d'une lésion du pancréas. Mais, par ailleurs, on a l'impression que la sévérité de la maladie est assez proportionnelle à l'augmentation de la glycémie après repas sucré. Inversement, dans les cas accompagnés d'hyperglycémie, ce dernier symptôme permet de juger clairement de l'amélioration des fonctions pancréatiques. Cependant, on observe parfois de l'hypoglycémie. Mais cette phase serait très précoce et ne durerait que peu de temps.

La recherche de la diastase du sang et surtout de l'urine est intéressante car quelques auteurs admettent qu'elle est toujours augmentée en cas de nécrose pancréatique. Il y a cependant des exceptions à cette règle. Néanmoins, en cas d'œdème du pancréas, cette augmentation est souvent observée et, d'autre part, une récidive fait augmenter de nouveau la diastase. Cette méthode d'examen est plus simple que le repas d'épreuve sucré; elle conduit cependant à des erreurs puisqu'on l'a décrite en cas d'appendicite (Skoog). Néanmoins, les deux méthodes permettent, d'après B., de diagnostiquer avec certitude une affection aiguë du pancréas quand on connaît bien les causes d'erreurs.

En outre, avec ces méthodes on distingue les formes légères des formes sévères puisque la nécrose du pancréas s'accompagne d'hyperglycémie qui manque en cas d'œdème simple. Par contre, l'augmentation de la diastase n'a pas de signification à ce point de vue.

Ces observations ont une importance pratique au point de vue opératoire. La mortalité, en cas d'œdème du pancréas, s'élève à 24 pour 100 et l'interven-

tion doit être suivie ultérieurement d'une cholécystectomie qui comporte une mortalité de 1 à 3 pour 100. Aussi certains chirurgiens, comme Haberer, Nordmann et Walzel, Polya, etc., préconisent-ils une thérapeutique conservatrice ou mettent-ils en doute la valeur d'une opération précoce. B. a traité 2 cas d'œdème pancréatique par l'expectative puis, au bout de plusieurs jours, par la cholécystectomie.

On peut se demander si l'arrivée d'une grande proportion de diastases dans le sang ne serait pas cause de l'hypoglycémie. Il ne semble pourtant pas y avoir de relations entre le taux de la diastase dans l'urine et le sucre du sang. Néanmoins, la diastase exerce une influence sur la régulation du métabolisme des hydrates de carbone comme le montrent des observations de B. relatives à des parotidites. Dans un cas de parotidite post-opératoire, le repas d'épreuve a provoqué une hyperglycémie plus élevée qu'après guérison de la maladie. La simple oblitération du canal de Sténon a pu également, dans un cas, augmenter fortement la diastase de l'urine en même temps que l'hyperglycémie alimentaire s'élevait un peu plus qu'après guérison. Il est possible qu'en étudiant des cas de ce genre, on trouve une raison d'intervenir dans le diabète, par ligature du canal de Sténon.

La diastase agit peut-être en décomposant le glycogène. En tout cas, l'insuline empêche cette lyse du glycogène par la diastase. On possède donc, avec ce dernier médicament, le moyen d'empêcher les effets de l'excès de diastases qui s'observent en cas d'affection pancréatique. D'un autre côté, l'insuline agit en activant les oxydations du sucre dans les cellules et cette propriété doit être considérée comme particulièrement importante dans le traitement chirurgical des affections aiguës du pancréas. Il résulte, en effet, de la maladie, de l'intervention et de la narcose, une diminution des oxydations et une exagération de l'acidose. Alors l'insuline peut être administrée sous forme d'injections intraveineuses goutte à goutte continuées à raison d'une à deux unités d'insuline par gramme de glucose suivant la sévérité du cas. Des analyses du sang permettraient, d'ailleurs, au cours de ce traitement, d'éviter l'hypoglycémie.

P.-E. Morhardt.

F. Depisch, R. Hasenöhrl et L. Schönbauer. ***Modifications opératoires du métabolisme du sucre: 1) la section des nerfs végétatifs dans le ligament hépato-duodénal chez le chien normal*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 31, 2 Août 1930). — G. Zuelzer est arrivé, en liant les veines surrénales, à supprimer plus ou moins complètement les effets habituels de l'extirpation du pancréas. A. Ciminata a obtenu des résultats analogues par énervation des surrénales. Les auteurs ont eu l'idée de sectionner les nerfs végétatifs qui passent dans le ligament hépato-duodénal pour obtenir un résultat analogue. Chez le chien, de même que chez l'homme, la totalité des fibres sympathiques passe le long de l'artère et de la veine hépatique et du canal cholédoque. Après résection de ces divers nerfs sympathiques comportant quelques rameaux du vague, il subsiste une forte branche du vague qui se rend directement à la moitié gauche du foie. Par leurs interventions, les auteurs suppriment donc la totalité de l'innervation sympathique et seulement une partie de l'innervation vague.

Chez les chiens normaux, ils ont d'abord étudié le sucre du sang à jeun, puis après un repas de glucose de 2 gr. par kilogr. A ces animaux ils ont ensuite pratiqué une laparotomie qui leur a permis d'introduire le doigt dans le foramen de Winslow, de soulever le ligament hépato-duodénal et de pratiquer la sympathectomie de l'artère et de la veine ainsi que du canal hépatique.

Les animaux ainsi traités ont présenté consécutivement à l'administration de glucose une courbe de la glycémie nettement moindre qu'avant l'opération. En outre, la phase hypoglycémique manque. Ces résultats ont été nets chez 2 chiens. Chez un troisième, qui avait d'emblée une glycémie faible, les résultats l'ont été moins. Un quatrième animal, chez lequel l'intervention n'a pas réussi, a servi de témoin. Il est à remarquer d'ailleurs que, chez 2 animaux qui ont été examinés peu de temps après l'intervention, on a constaté une augmentation de l'hypoglycémie alimentaire probablement par disparition de l'antagoniste de la sécrétion interne du pancréas.

Chez d'autres chiens, les auteurs de ce travail ont pratiqué la résection partielle du pancréas, de manière à provoquer le diabète. Puis, ultérieurement, une fois le diabète bien constaté, ils ont pratiqué la sympathectomie, comme chez les animaux précédents. Les deux animaux ainsi traités ont tout d'abord présenté un abaissement de la glycémie, mais cet effet n'a été que passager et n'a pas pu être constaté au bout de quelques jours. A ce moment, les auteurs ont fait une communication dans laquelle ils constataient que les effets obtenus par cette sympathectomie chez des chiens diabétiques étaient transitoires. Il s'est trouvé, en fait, chez ces animaux, qu'au bout de sept à neuf mois les troubles de la régulation du sucre avaient disparu ou qu'en tout cas l'élévation de la glycémie après repas sucré était notamment plus faible.

Chez un chien totalement dépancréaté et soumis également à la sympathectomie, on n'a pas constaté l'amélioration du diabète, mais l'animal a dû être abattu assez rapidement. Enfin, chez un autre chien soumis à la sympathectomie hépatique, il a été fait en outre une sympathectomie des quatre extrémités selon la méthode de Leriche, dans la pensée que ce n'est pas seulement le foie qui intervient dans l'oxydation du sucre, mais aussi les tissus. Un peu plus de deux mois après cette intervention, en effet, l'hyperglycémie alimentaire était devenue moindre.

Ainsi, la sympathectomie périphérique permet d'améliorer la régulation du sucre du sang déjà améliorée par la résection nerveuse au niveau de la veine, de l'artère hépatique et du cholédoque.

P.-E. Morhardt.

R. Schönheimor et W. Herkel. ***La signification du cuivre dans la cirrhose du foie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 31, 2 Août 1930). — Mallory a déjà exprimé l'idée que l'hémochromatose est due à une intoxication par le cuivre parce que cet auteur avait constaté, après administration de cuivre aux lapins, des modifications du foie et d'autres organes très analogues à celles de la cirrhose pigmentaire humaine.

Schönheimer et Oshima ont repris ces recherches sur 16 cas de cirrhose pigmentaire et 17 individus sains et ont constaté chez les premiers une forte augmentation de cuivre.

Ces premières investigations ont été complétées par S. et H. sur 12 cas normaux et 24 cas d'hémochromatose et de cirrhose pigmentaire. Chez les premiers, la moyenne de cuivre a été de 7,43 milligr. par kilogr. d'organe frais (25,4 milligr. par kilogr. d'organe sec). Dans les cas pathologiques, ces chiffres ont été respectivement de 22,5 et de 105. Il a été ainsi publié 44 analyses du cuivre de foies atteints d'hémochromatose et 43 fois la proportion de ce métal a été notablement supérieure à la normale. Dans le dernier cas, d'ailleurs, il n'y avait pas pigmentation du foie mais seulement de l'intestin grêle. Dans 10 cas de cirrhose de Laennec, les chiffres ont été également élevés: 44,4 pour l'organe frais et 151,6 pour l'organe sec.

Reste à savoir si ce cuivre constitue un facteur de cirrhose. Chez les animaux, on a constaté, en cas d'administration chronique du cuivre, que ce métal s'accumule dans le foie et, en outre, que le vin lui-même ne contient que des quantités extrêmement faibles de cuivre.

D'autre part, chez les nouveau-nés et en cas de grossesse, la quantité de cuivre du foie dépasse fortement la normale et il paraît assez vraisemblable que ce métal joue un rôle catalytique dans la formation du sang. Dans ces conditions, les auteurs admettent que le cuivre est emmagasiné dans le foie surtout atteint de cirrhose et que ce métal n'intervient que secondairement. Bien que ni le zinc, ni le manganèse ne s'emmagasinent comme le cuivre dans le foie malade, il ne semble donc pas que ce dernier métal puisse intervenir dans l'étiologie de la cirrhose.

P.-E. Morhardt.

W. Bachmann. ***Contribution expérimentale au séro-diagnostic du carcinome: 1) emploi du photomètre à échelons avec la réaction de l'albumine A, selon Kahn*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 33, 16 Août 1930). — Au moyen de l'opalomètre, l'auteur a constaté qu'avec un chiffre au-dessous de 32, le cancer est vraisemblable, tandis qu'il est douteux pour les chiffres entre 32 et 38 et peu vraisemblable avec les chiffres supérieurs à 38. Cependant la grossesse, l'insuffisance cardiaque, la cirrhose du foie donnent également des chiffres inférieurs à 32.

Avec le photomètre à échelons de Pulffrich utilisé pour lire la réaction de Kahn pratiquée sur du sang recueilli avant le repas principal, l'auteur a constaté que les chiffres supérieurs à 30 permettent généralement d'exclure le carcinome bien que, parmi les 37 sérums ayant donné des chiffres allant de 30 à 32, on trouve encore 4 cas de cancer. Néanmoins, sur les 46 cas de cancer examinés, 92 pour 100 ont témoigné d'une diminution de l'albumine. Par contre, sur 254 sérums provenant d'individus non cancéreux, 203, soit 80 pour 100, ont donné des chiffres généralement très supérieurs à 30. Parmi les 51 qui ont donné des chiffres inférieurs, il y avait: 13 affections cardiaques, 15 grossesses et 9 lésions organiques du poumon.

W. Bachmann et Fr. Schmidt. ***Contributions expérimentales au séro-diagnostic du carcinome: 2) comparaison de la méthode de Kahn pour la détermination de l'albumine A par le photomètre à échelons avec la réaction de Botelho modifiée*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 33, 16 Août 1930). — Les auteurs déterminent la réaction de chaque échantillon de sérum avant de prendre un nouveau sérum et n'utilisent pas de solution d'acide citrique formaliné vieille de plus de huit jours. Avec ces précautions, le nombre des réactions non spécifiques passe de 26,5 à 4 pour 100.

D'un autre côté, les variations du pH permettent de changer à volonté le sens de la réaction pour laquelle, par conséquent, il doit exister un pH optimum. Néanmoins, les auteurs n'ont pas réussi à fixer exactement le pH exigé par la réaction de Botelho; pourtant, ils ont remplacé l'acide citrique à 5 pour 100 et ajouté à l'acide citrique une petite quantité de citrate de soude tertiaire neutre. Cette nouvelle réaction a donné 18 réponses positives sur 27 cas de cancer.

Avec l'aide de ces méthodes, les auteurs concluent qu'un chiffre supérieur à 32 au photomètre exclut le carcinome. Inversement, avec un chiffre inférieur à 32 et les 2 réactions de Botelho positives, le cancer est vraisemblable.

P.-E. Morhardt.

Richard Priesel et Richard Wagner: ***Lipodystrophie insulinique chez les enfants*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 33, 16 Août 1930). — Depisch, dans une étude sur la lipodystrophie insulinique, est arrivé à la conclusion que c'est non le tricrésol mais bien l'insuline qui provoque cette disparition du tissu graisseux. Les auteurs pensent cependant que les recherches sur lesquelles Depisch fonde ses conclusions n'ont pas été suffisamment prolongées; ils font remarquer que, dans tous les cas où des injections d'insuline sont pratiquées constamment au même endroit, il apparaît des réactions traumatiques ou chimiques, d'où résultent des indurations; en cette région, la sensibilité diminue,



LIPOÏDES H.I. Extraits Galéniques Purifiés de tous les organes.
IMPUTRESCIBLES
GYNOCRINOL
contient la folliculine et les vitastérines ovariennes.
STIMULANT & ACTIVATEUR des fonctions ovariennes et de la menstruation.
ANDROCRINOL
contient les hormones et les vitastérines orchitiques.
Nymphomanie — Fatigue cérébrale des intellectuels, Sénilité précoce.
ADRÉNOL TOTAL
opothérapie surrénalienne,
SANS ADRÉNALINE.
Préventif contre le choc chirurgical ou nitritoïde
POSOLOGIE
au moins 6 pilules par jour.
R. Jouffray
LABORATOIRE ISCOVESCO. 107, r. des Dames. PARIS

ce qui amène les enfants à exiger qu'on fasse les injections toujours à cet même endroit. D'autre part, sur 109 cas qu'ils ont soignés, ils n'ont observé que deux fois un degré important de lipodystrophie.

Chez un enfant diabétique, qui, au cours d'une période, a augmenté en poids de 7 kilogr., on a constaté qu'à l'endroit où les injections avaient été pratiquées la graisse a, non pas disparu, mais au contraire ne s'est pas déposée. Il y aurait donc eu, non lipodystrophie, mais lipophobie.

Dans un autre cas, les auteurs ont constaté, en variant le plus possible le lieu d'injection, que néanmoins la graisse sous-cutanée disparaissait. Il doit donc exister, en dehors de l'action du tricrésol, une prédisposition fondamentale. Il est nécessaire, non seulement de varier le lieu de l'injection, mais encore d'employer de l'insuline aussi concentrée que possible. Dans un cas où la lipodystrophie s'est produite et a subsisté indéfiniment, l'insuline concentrée a néanmoins eu des effets satisfaisants; ces résultats semblent bien montrer que le tricrésol est en cause.

P.-E. Morhardt.

Hans J. Funchs et M. von Falkenhausen. ***L'ostéite fibreuse (ostéo-dystrophie fibreuse) provoquée par administration d'un extrait parathyroïdien*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 37, 13 Septembre 1930). — Si l'extirpation d'une tumeur parathyroïdienne détermine une amélioration de l'ostéite fibreuse cystique, il doit être possible, par administration d'extrait de parathyroïde, de provoquer des lésions osseuses du même genre. C'est cette idée qui a conduit F. et F. à pratiquer sur des cobayes et sur des chiens des injections d'extrait parathyroïdien à des doses variées. Ils ont observé ainsi des lésions de résorption osseuse avec lacune de Howship, une transformation fibreuse de la moelle osseuse, la formation de tissu ostéoïde et enfin des hémorragies.

Déjà avec une dose quotidienne de 10 unités de parathormone de Collip, administrée pendant trois ou quatre semaines, des lésions osseuses ont apparu chez des cobayes de 300 à 400 gr. Avec 20 ou 30 unités il y a eu résorption et transformation fibreuse. Avec une dose unique de 60 unités les résorptions ont été étendues et la production d'os a cessé.

Une injection de 20 unités par 100 gr. du poids du corps a fait monter, en 18 à 30 heures, le calcium du sang jusqu'à 16 milligr. par 100 cmc.; en même temps le phosphore a augmenté. La transformation fibreuse est plus facile à obtenir chez les cobayes que chez les chiens, probablement parce que, chez les chiens, la dose nécessaire pour provoquer une transformation fibreuse détermine la mort. Néanmoins, en donnant aux chiens des doses croissantes de parathormone et en évitant ainsi de provoquer une hypercalcémie, on est arrivé à faire apparaître de la résorption lacunaire, de la transformation fibreuse, des kystes et du tissu ostéoïde.

P.-E. Morhardt.

ARCHIVES OF PATHOLOGY
(Chicago)

R. C. Buckley. ***Gliomes protubérantiels (étude pathologique et classification de 25 cas)*** (*Archives of Pathology*, vol. IX, 1930, n° 4). — Sur 1737 tumeurs cérébrales vérifiées et étudiées au *Peter Bent Brigham Hosp.*, 25 sont des gilomes du pont de Varole. Mais, en réalité, 4 seulement sont des néoplasmes isolés de la protubérance et tous les autres occupent à la fois la protubérance, le pédoncule cérébelleux et le cervelet, sans qu'on puisse démontrer où la tumeur a commencé à se développer.

L'étude des symptômes n'est pas faite ici en détail, mais les observations cliniques sont rapportées.

Au point de vue anatomique, de belles photographies de l'encéphale et des coupes de la région atteinte permettent de très bien saisir l'étendue des lésions, l'altération des vaisseaux et des nerfs au voisinage du gliome, les déformations des cavités ventriculaires.

Dix des gliomes protubérantiels sont histologiquement des glioblastomes multiformes, néoplasmes à croissance rapide, étendus, mous, avec des foyers de nécrose et d'hémorragie. La mort survient en moyenne en quatre mois.

Un astroblastome est également une tumeur molle à évolution rapide.

Quatorze tumeurs plus dures, à évolution plus lente, sont des spongioblastomes unipolaires, ou des astrocytomes fibrillaires ou protoplasmiques. La durée de la maladie dans ces cas a été en moyenne de deux ans.

L'auteur donne maints détails histologiques sur ces différentes formes néoplasiques, presque identiques d'ailleurs à celles que l'on rencontre dans les autres parties de l'encéphale, et sur les réactions du tissu nerveux à leur voisinage.

P. Moulonguet.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA
(Sydney)

Ch. Kellaway (Melbourne). ***Section veineuse locale dans le traitement des morsures de serpent: étude expérimentale*** (*The Medical Journal of Australia*, an. XVII, vol. II, n° 11, 13 Septembre 1930). — Après une morsure de serpent, K. préconise l'application de deux garrots, l'un dit artériel, appliqué autour du segment de membre qui ne contient qu'un os, bras ou cuisse, et l'autre dit veineux, dans la portion distale du membre immédiatement au-dessous du garrot artériel, la constriction « dite veineuse » ayant pour effet d'empêcher la circulation de retour de la partie mordue. Pour contrôler l'efficacité de cette méthode, il a pratiqué une saignée par section veineuse au-dessous du garrot veineux. Le venin ayant été injecté sous la peau au voisinage d'une articulation métacarpo-phalangienne chez un animal ainsi préparé, on levait le garrot artériel pendant une minute ou une minute et demie, à des intervalles variant de cinq minutes à une heure. Pendant ces courtes périodes, le sang coulait librement de la veine sectionnée et était recueilli dans une solution citratée de sérum physiologique. Dans un deuxième temps, on recherchait la toxicité venimeuse du sang ainsi retiré en l'injectant à d'autres animaux.

Ces expériences chez le mouton ont démontré la valeur de la méthode thérapeutique préconisée lorsqu'elle est appliquée immédiatement pour le venin d'un vipéridé (*Acanthophis antarcticus*) et pour celui du «serpent tigre» (*Notechis scutatus*). Les résultats ont été moins satisfaisants avec les venins de *Denisonia superba* et du serpent brum commun (*Demansia textilis*). La protection est obtenue contre des doses de venin correspondant à une dose mortelle et une et demie. Les résultats ne furent pas aussi bons lorsque le traitement était retardé pour se rapprocher des conditions de la pratique.

La « thrombase » du venin du serpent brun est très importante (l'indice sous-cutané intra-veineux étant approximativement 20) ; malgré cet indice élevé, la simple ligature autour du métacarpien est inefficace. La thrombase du venin du serpent brun est apparemment très diffusible et, injectée même par voie sous-cutanée ou intra-dermique, passe rapidement dans le sang veineux en concentration suffisante pour causer la mort par coagulation intra-vasculaire.

Dans les morsures par les serpents bruns, il faut immédiatement appliquer le garrot et exciser la région mordue. La section veineuse, aussitôt que possible, serait de grande valeur dans les cas où l'excision n'a pas été faite. Il est improbable qu'un sérum monovalent soit jamais utilisable dans le traitement des morsures de ce serpent et des autres familles du genre *Demansia*.

Robert Clément.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

K. B. Pinson. ***Les explosions au cours de l'anesthésie*** (*The British medical Journal*, n° 3634, 30 Août 1930. — Les explosions au cours d'une anesthésie au chloroforme ne sont pas exceptionnelles: pourtant le chloroforme n'est pas inflammable, même à l'aide d'une flamme de chalumeau. On s'explique mal la possibilité d'une exposion par exemple au cours d'une intervention dans la bouche avec un bistouri électrique ; peut-être des gaz se dégagent-ils des tissus brûlés, qui se mêlent aux vapeurs de chloroforme et rendent celles-ci combustibles.

Beaucoup plus fréquentes et plus graves sont les explosions dues à l'éther. Le plus souvent, l'explosion est due à un thermocautère, ou bien à un radiateur électrique trop proche : il faut se méfier aussi des lampes électriques, notamment des lampes de l'œsophagoscope qui sont souvent à l'origine d'explosion, parce que la douille est mal connectée et qu'il s'y produit de petites étincelles. De même, plusieurs explosions ont été rapportées, qui étaient dues à la seringue à air chaud utilisée par les dentistes : sans doute dans ce cas y a-t-il une véritable action catalytique, analogue à celle de la mousse de platine.

Les explosions les plus graves s'observent avec les mélanges éthylène-oxygène, acétylène-oxygène, éthylène-protoxyde d'azote : lorsque l'anesthésie est faite dans une petite pièce fermée, et que la quantité de gaz employée est importante, il peut se faire un mélange détonnant qui s'enflamme à très basse température et peut provoquer une très grave explosion. Il faut, dans ces variétés d'anesthésie, interdire toute flamme, même celle des lampes électriques.

R. Rivoire.

A.-J. Scott-Pinchin et H. V. Morlock. ***La dilatation des bronches sèche et hémorragique*** (*The British medical Journal*, n° 3634, 30 Août 1930). — Depuis l'introduction du lipiodol en radiologie pulmonaire, on connaît mieux la fréquence des formes sèches de la dilatation des bronches, décrite pour la première fois par Bezançon, Weil et Azoulay. L'intérêt de ces formes est qu'elles s'accompagnent presque toujours d'hémoptysies, qui conduisent 9 fois sur 10 au diagnostic erroné de tuberculose. Il est donc indispensable d'y songer, en présence d'un malade présentant une hémoptysie sans signes physiques ni radiologiques nets du poumon. L'auteur rapporte neuf observations de cette maladie ; dans toutes les neuf, le diagnostic de tuberculose avait été fait, et cinq envoyés au sanatorium.

Bien que les hémoptysies soient le plus souvent abondantes et répétées, il est rare que la vie de ces malades soit en danger. Dans un des cas rapportés, une phrénicectomie fut faite cependant, en raison d'hémoptysies très graves. Le résultat fut excellent.

R. Rivoire.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION (Paris)

J.-D. Klimenko (Moscou). ***Modifications de la forme, de la position et de la tonicité de l'estomac sous l'influence du régime*** (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XX, n° 8, Octobre 1930). — Une diète rationnelle, dans les cas de gastroptose, doit satisfaire à trois exigences : 1° ne pas augmenter la sécrétion des glandes gastriques, car l'acide chlorhydrique, en arrivant au duodénum, provoque la fermeture pylorique et par conséquent la rétention des aliments dans l'estomac; 2° être constituée de manière à ce que l'évacuation de l'estomac se produise rapidement, par conséquent la nourriture doit être semi-liquide; 3° contenir une quantité suffisante de calories.

La diète de Boas et Conheim ne satisfait pas à ces exigences, contrairement à celle du professeur Jarotsky (blancs d'œufs crus, beurre, traitement végétal avec du beurre). K. relate 7 cas dans lesquels il appliqua ce régime, qui détermina rapidement la diminution de la stase et de la sécrétion du suc gastrique, l'élévation du bord inférieur de l'estomac, l'amélioration de la tonicité gastrique, l'augmentation de poids des malades, le tout coïncidant avec la suppression de tous les troubles gastriques subjectifs.

L. Rivet.

A. Landau et **J. Glass** (Varsovie). ***Les rapports entre la fonction sécrétoire de l'estomac et les équilibres chloré et acido-basique de l'organisme (1er mémoire : l'influence de l'excitation et de l'inhibition de la fonction sécrétoire de l'estomac sur l'équilibre chloré et acido-basique de l'organisme)*** (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XX, n° 8, Octobre 1930). — 1° La stimulation de la fonction sécrétoire de l'estomac par le déjeuner alcoolé cause certains changements dans le taux et la répartition du Cl dans le sang, qui consistent en un abaissement de la chlorémie. Ceci est prouvé par la déviation du Cl vers les globules. Cette diminution de la chlorémie dépasse seulement dans certains cas les limites des oscillations physiologiques et le rapport mutuel du Cl globulaire au Cl plasmatique (indice chloropexique globulaire) se trouve en général dans les limites de la normale.

La réserve alcaline augmente légèrement sous l'influence de la stimulation de la fonction sécrétoire de l'estomac. Cette augmentation est toutefois encore dans les limites physiologiques, atteignant le pôle supérieur de la normale.

La stimulation de la sécrétion gastrique par le déjeuner alcoolé cause dans la majorité des cas une diminution compensatrice du Cl éliminé dans l'urine. Cet abaissement de l'élimination chlorée à la période de la sécrétion gastrique est certainement l'expression de la tendance de l'organisme à compenser les pertes chlorées subies à la période digestive de l'estomac. On n'a pas toutefois constaté de parallélisme entre la baisse du Cl dans l'urine et le degré de la sécrétion gastrique.

La stimulation de la fonction sécrétoire de l'estomac cause, dans une partie des cas examinés, un abaissement de l'acidité urinaire, calculée pour une période de 3 heures après l'administration du déjeuner alcoolé, en comparaison avec l'acidité urinaire recherchée au cours des expériences de contrôle. Ceci peut témoigner du mécanisme compensateur de l'organisme tendant à couvrir les pertes acides causées par la stimulation de la sécrétion gastrique. Toutefois dans une partie des cas, on a trouvé, non pas un abaissement, mais un accroissement de l'acidité. On n'a pas non plus découvert un parallélisme étroit entre le degré de la sécrétion gastrique et l'acidité urinaire.

2° L'inhibition par l'atropine de la sécrétion gastrique, stimulée par le déjeuner alcoolé, a causé, dans tous les cas sauf un, un abaissement notable de l'acidité libre et totale et de la concentration chlorée du suc gastrique. L'influence inhibitrice de l'atropine sur l'acidité est plus grande que sur la concentration chlorée.

Cette inhibition cause, après 1 heure, un plus grand abaissement de la chlorémie, dans presque tous les cas examinés, que la stimulation seule de la sécrétion par le déjeuner alcoolé. Cet abaissement dépasse les limites des oscillations normales.

La réserve alcaline après l'injection d'atropine est un peu inférieure à celle observée après la stimulation de la sécrétion gastrique.

La quantité de Cl éliminée dans l'urine pendant 3 heures après l'inhibition par l'atropine de la sécrétion gastrique stimulée est, dans tous les cas examinés, plus grande qu'après la stimulation de la sécrétion gastrique (en moyenne 24,3 pour 100) et plus petite qu'aux recherches de contrôle. L'élimination moindre du Cl dans l'urine après la stimulation de la sécrétion gastrique qu'après son inhibition est la confirmation du phénomène de compensation rénale, tendant à équilibrer les pertes chlorées subies à la période de la sécrétion gastrique.

L'élimination des valeurs acides dans l'urine est supérieure en général après l'inhibition par l'atropine de la sécrétion gastrique stimulée qu'après sa stimulation. Toutefois ce phénomène est plutôt inconstant et peut dépendre non seulement de la compensation par les reins des pertes acides subies à la période de la sécrétion gastrique, mais aussi de la déviation de l'équilibre végétatif dans le sens d'une prépondérance du nerf sympathique.

L. Rivet.

I. Pavel, St-M. Milcou et **A.-M. Tanasesco** (Bucarest). ***Recherches expérimentales sur l'hépatographie*** (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XX, n° 8, Octobre 1930). — L'épreuve du tétraiode, si utilisée pour la cholécystographie, doit réaliser une opacification du foie si la radiographie est faite quelques heures plus tôt, mais il est difficile d'interpréter l'opacification obtenue comparativement à l'opacité normale de l'organe.

Pour réaliser l'hépatographie expérimentale, les auteurs ont d'abord étudié la toxicité du tétraiode et vu que des doses de 0 gr. 20 à 0 gr. 25 par kilo-corps ne provoquent que des altérations légères et réversibles du foie, même si les épreuves sont répétées sur le chien à une dizaine de jours d'intervalle.

L'injection intra-veineuse de tétraiode peut déterminer des phénomènes hypotensifs, qui peuvent être atténués par l'administration concomitante d'éphédrine, et des phénomènes digestifs, avec vomissements et coliques, dus à une action du tétraiode sur la fibre musculaire lisse, action qui a déterminé chez une chienne l'avortement le lendemain de l'expérience. La morphine diminue ou supprime ces troubles gastro-intestinaux et améliore l'opacification du foie en inhibant la sécrétion biliaire; elle a la même action avec le rose bengale. Les animaux les plus jeunes supportent mieux les grosses doses de tétraiode que ceux âgés, peut-être parce que le rapport foie-corps est plus grand. Le mieux est de pratiquer l'injection de morphine à l'animal 15 minutes au moins avant l'injection de tétraiode. L'opacification commence à la première heure et dure jusque vers la cinquième ou sixième heure, l'optimum semblant être deux heures après l'injection. L'opacification est difficile à apprécier au niveau du bord inférieur du foie du chien, qui possède plusieurs lobes pendant en position variable, inconvénient qui n'existe pas chez l'homme.

L'épreuve, non encore réalisée chez l'homme, serait cependant susceptible de donner chez lui de très utiles renseignements, aussi bien comme épreuve fonctionnelle que comme épreuve morphologique.

Le tétraiode, on le sait, une fois éliminé par les voies biliaires dans l'intestin, est à nouveau résorbé au niveau de ce dernier et va agir derechef sur le foie, renouvelant ainsi son action toxique sur ce dernier, d'où l'indication, dès que l'épreuve est finie, d'administrer des purgations répétées.

Les auteurs rappellent enfin les principales contre-indications de l'épreuve, notamment les calculs du cholédoque et l'atrophie aiguë du foie.

L. Rivet.

LE BULLETIN MÉDICAL (Paris)

D. Ferey (Saint-Malo). ***La résection du plexus hypogastrique supérieur ; sa valeur réelle dans la thérapeutique chirurgicale*** (*Le Bulletin médical*, tome XLIV, n° 53, 13 Décembre 1930). — De l'étude de 35 opérations sur le plexus hypogastrique supérieur qu'il a pratiquées depuis 1926, F. tire les conclusions suivantes sur la valeur de cette opération :

1° Contrairement à ce qu'il avait pensé lors de ses premiers essais dans cette voie, les *douleurs de la période terminale des cancers de l'utérus*, lors de l'envahissement du petit bassin, lui semblent aujourd'hui l'indication la moins favorable : sur 8 cas, il n'a obtenu que 4 bons résultats et il explique ses échecs par la difficulté de la recherche des filets nerveux au milieu du tissu lardacé infiltrant le péritoine et le tissu cellulaire du promontoire.

Par contre, il lui paraît logique de réséquer, *à titre préventif*, le plexus hypogastrique supérieur chaque fois que l'on fait une hystérectomie élargie pour cancer du col utérin. Il a suivi cette façon de faire dans 2 cas : l'une des malades n'a pas récidivé; l'autre présente depuis six mois une récidive vaginale avec, depuis quelques semaines, envahissement de la paroi vésicale, se traduisant cliniquement par de la pollakiurie ; seule la résection nerveuse peut expliquer l'absence des douleurs.

2° F. est intervenu 5 fois pour des *règles très douloureuses* chez des femmes jeunes obligées de s'aliter pendant 24, 36 heures chaque mois et auxquelles, bien souvent, il fallait faire des piqûres de morphine. Les réponses qu'il a reçues prouvent que le résultat se maintient parfait depuis deux et trois ans.

3° Il a pratiqué 16 fois cette intervention pour des *névralgies pelviennes* : douleurs vives sous forme d'élancements, de brûlures, de déchirures extrêmement pénibles rendant ces femmes incapables de toute activité, de tout travail. F. a remarqué que ces névralgies pelviennes apparaissent souvent à la suite d'accouchements laborieux, comme si, au cours du travail, il y avait eu soit une déchirure, soit un allongement, soit encore une distension des filets nerveux du col utérin qui resteraient irrités à la suite de ce traumatisme, réalisant une sorte de causalgie pelvienne. Alors que tous les traitements habituels semblent inefficaces, la résection du plexus hypogastrique donne des résultats vraiment remarquables. Dans ces névralgies pelviennes il range les

phénomènes de vaginisme rendant le coït douloureux, empêchant la femme d'avoir des rapport normaux.

4° F. est intervenu une fois pour des règles douloureuses chez une jeune fille de 18 ans, présentant un *utérus bifide*. Sachant que la résection du plexus hypogastrique supérieur était sans danger et pouvant espérer, soit une vaso-dilatation amenant un ramollissement du col, soit la suppression du réflexe de la sensibilité douloureuse, il a pratiqué l'opération. Elle date actuellement de près de deux ans. Or, cette jeune fille a des règles infiniment moins douloureuses qu autrefois.

5° Une fois enfin, F. a réséqué le plexus hypogastrique supérieur chez une femme très âgée, mais encore très valide, qui présentait des phénomènes de *cystalgie* atroce, localisée surtout à la base de la vessie, à l'urètre et à la partie antérieure et supérieure du vagin, autour du clitoris. Lors de l'intervention il a trouvé une plaque d'athérome au niveau de la bifurcation aortique. Les filets sympathiques étaient en partie englobés dans cette plaque, et F. fut obligé de réséquer les filets nerveux à la fois sur la face antérieure de l'aorte et audessus de sa bifurcation. L'opération amena une sédation complète des douleurs.

La résection de ce plexus peut donc être pratiquée dans des cas assez divers et donner des résultats intéressants, amenant la disparition complète des douleurs dans la plupart des cas, surtout lorsqu'au cours de l'intervention on n'a pas découvert de lésions macroscopiques de l'utérus ou des annexes. Les seuls mauvais résultats ont toujours été fournis par les ovaires scléro-kystiques ; d'ailleurs cela est logique, l'innervation de l'ovaire ne dépendant pas du plexus hypogastrique supérieur.

L'opération est d'ailleurs absolument inoffensive. Parmi 35 malades, pas une ne signale le moindre trouble urinaire, le moindre trouble de la défécation ; dans aucun cas on n'a constaté ni troubles trophiques, ni perturbation quelconque des organes innervés par le sympathique pelvien.

L'étude des règles est intéressante. Chez les femmes jeunes, pas une n'a eu les règles troublées quant à la date ; au contraire, celles qui étaient mal réglées le sont à peu près à date régulière depuis l'intervention. Quant à l'abondance des règles, elle est augmentée dans 47 pour 100 des cas. Leur durée est sensiblement normale : de 4 à 6 jours. Dans 47 pour 100 des cas, les règles deviennent absolument indolores ; dans 45 pour 100 il y a une amélioration manifeste ; dans 8 pour 100 seulement les règles douloureuses n'ont pas été modifiées.

Les phénomènes de vaginisme, de douleur dans les rapports sont particulièrement améliorés par la résection, et sont une des grandes indications de cette intervention. Cependant F. a revu récemment deux malades qui, depuis leur opération, présentent une frigidité anormale dans les rapports qui paraît bien coïncider avec l'opération. Aussi ne doit-on pas intervenir à la légère et ne pratiquer cette opération que si les phénomènes douloureux sont vraiment importants et bien caractérisés.

J. Dumont.

J. Colombe. ***Parotidite méningococcique suppurée guérie par vaccinothérapie*** (*Le Bulletin médical*, tome XLV, n° 3, 17 Janvier 1931). — La parotidite constitue une complication rare de la méningite cérébro-spinale. Elle est le plus souvent unilatérale, contrairement au cas observé par C. où la tuméfaction parotidienne était bilatérale et survient d'ordinaire, comme chez ce malade, au déclin de l'infection méningée.

Encore s'agit-il le plus souvent d'une fluxion parotidienne simple sans suppuration. Chez le malade de C. — jeune homme de 19 ans — l'infection parotidienne a évolué vers la suppuration, avec issue de pus dans la bouche par l'orifice des canaux de Sténon. L'examen bactériologique de ce pus a révélé la présence de quelques cocci prenant le gram et de diplocoques plus nombreux à gram négatif.

La parotidite purulente avec présence de méningocoques dans la sécrétion glandulaire réalise donc une complication exceptionnelle. La constatation de méningocoque dans le pus indique probablement l'origine septicémique de cette complication et écarte l'hypothèse, discutée par certains auteurs, d'une infection canaliculaire ascendante de source buccale.

La prompte efficacité de la vaccinothérapie dans le cas de C. est venue confirmer la nature méningococcique de la suppuration glandulaire. Des injections sous-cutanées de stock-vaccin antiméningococcique, pratiquées tous les deux jours aux doses progressives de 1/2 cmc., 1 cmc et 1 cmc 1/2, amenèrent très rapidement la rétrocession des phénomènes inflammatoires et l'arrêt de la suppuration. La guérison complète fut obtenue sans incision, sans drainage filiforme. Ce résultat est d'autant plus appréciable que l'apparition d'une parotidite suppurée au décours d'une infection générale constitue d'ordinaire un élément de pronostic défavorable et que le traitement chirurgical de suppuration des glandes salivaires ne laisse pas d'être décevant.

J. Dumont.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

J. Paviot et **J. Moulinier.** ***Iléus biliaire : considérations diagnostiques*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 265, 20 Janvier 1931.

L'occlusion intestinale par calcul biliaire ou « iléus biliaire » mérite d'être mieux connue des médecins, car le plus grand nombre des observations en ont été relatées par les chirurgiens à propos d'intervention opératoire. Et cependant, il est utile que, par un diagnostic posé précocement, le médecin, même avec un diagnostic causal, établi ou soupçonné, d'une occlusion à obstacle haut situé, siégeant sur le grêle, se détermine à faire intervenir.

Le diagnostic trop tardif a des causes multiples : la connaissance imparfaite de ces faits regardés comme plus chirurgicaux que médicaux, l'espoir que l'évacuation spontanée et l'issue heureuse sera possible ; l'existence d'une forme discontinue d'occlusion par gros calcul solitaire; la variabilité du siège de la douleur abdominale, qui ne doit pas être regardée comme une preuve d'arrêts successifs et de cheminement du calcul (syndrome de Karewski) — la mobilité de l'anse où s'est arrêté le calcul suffit à l'expliquer —; la perception du calcul arrêté, qui est trop rare ; des signes trompeurs, comme l'hémorragie prémonitoire ou même un melæna au moment de la déhiscence du calcul à travers la fistule vésiculo-intestinale ; l'absence fréquente, chez ces malades, d'antécédents biliaires ou hépatiques.

Ces notions conduiront le médecin aux conclusions formulées par Jean Quénu : il y a moins de risques à opérer qu'à attendre, et l'indication est fournie moins par un diagnostic précis d'« iléus biliaire » que par un ensemble symptomatique d'occlusion haute sur le grêle, chez une femme surtout et déjà âgée.

J. Voron et **A. Brochier** (Lyon). ***L'infection puerpérale autogène*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 266, 5 Février 1931). — On donne le nom d'*infections puerpérales autogènes* aux infections venues du dedans à un ensemble de faits cliniques concernant des infections survenant chez des femmes récemment accouchées pour lesquelles on ne peut incriminer aucun apport septique venu du dehors, c'est-à-dire étranger à la malade.

Les sources de germes se trouvent, avant l'accouchement, sur ou dans le corps de la femme, dans des foyers génitaux ou extra-génitaux. Lorque la source siège dans la zone génitale, la femme peut être une porteuse de germes cliniquement saine ou, au contraire, malade.

Aucun test péremptoire ne peut permettre d'affirmer l'existence de telles formes d'infection ; on arrive seulement, par l'analyse des faits, à une presque certitude, car de nombreuses causes d'infection hétérogène nous échappent encore ; les arguments pour et contre l'existence de telles infections sont nombreux et de valeur. Un point essentiel réside dans la plus grande fréquence des infections puerpérales au cours des endémies grippales.

L'évolution d'une telle infection s'accomplit le plus souvent grâce à un fléchissement des résistances générales et locales de l'organisme, beaucoup plus que par la virulence du germe en cause.

La prophylaxie n'a, jusqu'ici, en dehors de la prophylaxie locale, donné que peu de résultats.

STRASBOURG MEDICAL

Bindschedler et **Phélizot.** ***Cytostéatonécrose des fesses (granulome lipophagique)*** (*Strasbourg médical*, tome XC, n° 33, 25 Novembre 1930). — Bien que la cytostéatonécrose du tissu cellulaire ne soit pas rare chez le nouveau-né, l'observation de B. et P. mérite d'être signalée pour l'intensité et la topographie des lésions.

Il s'agit d'une petite fille d'un mois, née à terme, en état de mort apparente, à la suite d'un accouchement très long et pénible. La sage-femme dut la flageller fortement et assez longtemps sur les fesses pour la faire respirer. L'enfant a ensuite bien prospéré, mais, dans le cours de la 3e semaine, la mère remarqua des plaques indurées au niveau des fesses qui se sont étendues vers la partie externe des cuisses. L'enfant n'a jamais reçu d'injection huileuse ou autre.

A l'examen, elle présente, au niveau des fesses, une induration symétrique descendant sur les cuisses en arrière et sur le côté jusqu'au tiers de leur hauteur. Cette induration est homogène, ni chaude, ni rouge, nettement circonscrite, un peu surélevée par rapport aux tissus sains. La peau, à ce niveau, est adhérente au tissu cellulaire souscutané, ne se laisse pas plisser, mais est rose et bien nourrie, non luisante, ne présente pas le phénomène de la peau d'orange. Pas de godet à la pression. La transition avec les tissus sains est brusque et, dès le bord, les tissus sont tout à fait souples. En dehors de cette grande plaque symétrique, il n'y en a pas d'autre. L'enfant ne paraît pas incommodée de la lésion.

L'examen histologique d'une portion obtenue par biopsie a montré qu'il s'agissait d'une cytostéatonécrose, c'est-à-dire d'une saponification des graisses neutres du tissu cellulaire sous-cutané. Cette substance joue le rôle d'un corps étranger à l'organisme et provoque une réaction inflammatoire, d'où le nom de « granulome lipophagique » qui a été donné aussi à la lésion.

Les cas de cytostéatonécrose qui ont été décrits chez le nouveau-né accompagnaient toujours un traumatisme obstétrical ou au moment de l'accouchement, comme dans le présent cas, mais il y avait toujours plusieurs plaques à disposition irrégulière. Le cas de B. et P. est intéressant par le fait que la plaque est unique, de grande dimension et à disposition à peu près symétrique. Cette plaque a disparu spontanément et complètement en trois mois, ce qui prouve la bénignité de ces cas de cytostéatonécrose.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

R.-F. Vaccarezza, C.-A. Videla et **J. Peroncini** (Buenos-Aires). ***Les dérivés barbituriques dans le traitement du tétanos*** (*Revue sud-américaine*

de Médecine et de Chirurgie, tome I, n° 10, Octobre 1930). — Le traitement du tétanos comporte trois indications fondamentales : 1° traitement local du foyer tétanigène ; 2° traitement de l'intoxication par l'emploi de l'antitoxine spécifique ; 3° traitement symptomatique des réactions nerveuses, traduisant l'imprégnation des centres nerveux par la toxine. Cette dernière indication n'est pas moins importante que les autres, car, en évitant l'épuisement de l'organisme consécutif à la violence des contractures et à la répétition des paroxysmes, en écartant le danger de l'asphyxie et de syncope dues à l'intensité de ces contractures, la médication symptomatique permet au malade de résister jusqu'à ce que se produisent les effets de la sérothérapie spécifique.

Longue est la liste des médicaments sédatifs ou antispasmodiques préconisés dans le tétanos ; les résultats qu'ils ont donnés sont, en général, peu satisfaisants. V. V. et P. ont songé à utiliser les propriétés hypnagogues des dérivés de l'acide barbiturique et spécialement du somnifène. Leur expérience porte actuellement sur 12 cas de tétanos généralisé, dont 3 suraigus, 5 aigus et 4 subaigus (le résumé des 12 observations figure à la fin de leur travail). Sur ces 12 malades, 3 sont morts dans les 48 premières heures de leur admission ; les 9 autres ont guéri.

Tous ces malades reçurent des injections de sérum antitétanique par voie intra-musculaire, à la dose quotidienne de 100.000 unités antitoxiques chez les adultes et les adolescents et de 50.000 unités chez les enfants, dose répétée au moins 3 jours consécutifs et, s'il était jugé nécessaire, jusqu'à cessation des contractures paroxystiques.

Le somnifène fut administré par voie intra-veineuse, sans dépasser, chez les adultes, la dose de 2 cmc (d'une solution à 25 pour 100) par injection et de 6 cmc par jour; ces doses étaient réduites de moitié chez les adolescents et chez les grands enfants. En répartissant la dose quotidienne du médicament en plusieurs injections, on maintient ainsi presque constamment le tétanique sous son action hypnotique ou sédative. Les injections sont continuées jusqu'à ce que l'intensité et la fréquence des crises paroxystiques aient suffisamment diminué. Ce résultat est presque toujours atteint au bout de 3, 4 ou 5 jours. Il est inutile et il peut être nuisible de prolonger le traitement après la disparition des paroxysmes, étant donné la lenteur avec laquelle s'élimine le somnifène. C'est aussi pour cette raison qu'on sera très prudent dans son administration aux malades présentant des affections rénales ou hépatiques.

L'action du somnifène chez les tétaniques pourra être appréciée par la lecture de l'histoire clinique de l'observation VIII des auteurs, qui, à ce point de vue, est véritablement édifiante et prouve mieux que n'importe quelle description comment le traitement est capable de remédier promptement à des phénomènes graves et immédiatement mortels. Quelquefois l'injection n'est même pas terminée que déjà le malade ressent une impression de soulagement, que cessent les paroxysmes douloureux, et qu'il s'endort plus ou moins profondément suivant la quantité injectée. Le trismus, l'opisthotonos et les autres contractures toniques cèdent totalement ou partiellement ; il n'est pas rare que le malade dorme avec les yeux et la bouche entr'ouverts, comme le montrent des photographies reproduites dans le travail. Le sommeil est tranquille et réparateur. La respiration tend à redevenir normale comme type, rythme et fréquence, et le pouls subit les mêmes modifications. Les sueurs disparaissent en même temps que les spasmes. Cet état de bien-être persiste un temps variable qui dépend du coefficient personnel et de la dose injectée; en général, il oscille entre une et deux heures, quelquefois plus. Au bout de ce laps de temps, on voit réapparaître quelques contractures paroxystiques, et ensuite peu à peu les diverses manifestations tétaniques reprennent leur intensité primitive.

Il est hors de doute que le traitement barbiturique n'abrège pas le cours de la maladie et n'atténue pas non plus de façon définitive ses manifestations : c'est une médication symptomatique d'effet immédiat et transitoire, ce n'est pas une médication pathogénique. Mais, si ce médicament ne guérit pas le tétanos, il contribue en revanche à ce que cette guérison soit obtenue sous l'action du sérum spécifique et des réactions naturelles de défense de l'organisme.

J. Dumont.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Naples)

V. Ferrero et **G. Cucco.** ***Contribution à l'étude de la maladie de Recklinghausen; thérapeutique chirurgicale par greffe homo-plastique d'ovaire*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, tome XXVI, n° 6, Août 1930.) — F. et C. exposent d'abord les théories par lesquelles on a cherché à expliquer la maladie de Recklinghausen et montrent que ni l'origine infectieuse ou toxique, ni l'origine blastomateuse, ni le rachitisme, ni l'ostéomalacie, ne peuvent être pris sérieusement en considération. Des troubles dans le fonctionnement des glandes parathyroïdes, thyroïdes ou surrénales n'ont été observés que dans un nombre restreint de cas.

Après avoir exposé ce qu'on sait sur la symptomatologie et sur l'anatomie pathologique, les auteurs donnent leur observation qui est très longue car la malade en cause a été observée pendant 8 ans.

Il s'agit d'une femme de 46 ans, atteinte de rachitisme dans l'enfance, dont les règles ont complètement cessé à l'âge de 35 ans et qui présente une constitution hypogénitale. La réaction de Wassermann est positive. La maladie a commencé probablement en 1919 par des douleurs de type rhumatoïde. En 1922, survient une fracture pathologique de l'humérus droit au sujet de laquelle le diagnostic hésite tout d'abord entre une tumeur des os et la maladie de Recklinghausen. A partir de ce moment, la maladie s'est généralisée progressivement à l'ensemble du squelette. On a observé notamment la formation de kystes accompagnée habituellement d'une recrudescence des douleurs et d'accès fébriles. L'examen du sang a montré que la calcémie est normale mais que l'élimination du calcium par les urines est abondante, de sorte que l'organisme est, chez cette femme, incapable de fixer le calcium. Des biopsies ont permis de constater que le diagnostic de la maladie de Recklinghausen est exact.

La thérapeutique anti-syphilitique a paru agir favorablement pendant un temps. L'administration de calcium seul ou additionné d'adrénaline ou d'autres préparations opothérapiques (parathyroïde, ovaire, etc.) n'a pas amélioré les choses. La stérine irradiée, active chez l'animal, n'a eu aucun résultat satisfaisant chez la malade. En 1929, on tenta de pratiquer une greffe ovarienne, étant donné l'aménorrhée précoce et la dysfonction ovarienne évidente présentée par cette femme.

F. et C. font remarquer à ce sujet que le métabolisme du calcium est réglé par une véritable chaîne de glandes endocrines parmi lesquelles l'hypophyse, la thyroïde, la parathyroïde, l'ovaire, les surrénales, le thymus, etc. La rupture de cette chaîne par la suppression fonctionnelle d'une de ces glandes doit donc être capable, dans certaines circonstances, de troubler profondément l'équilibre des échanges de calcium.

Quoi qu'il en soit, cette tentative thérapeutique a donné des résultats remarquables. A la grande surprise de la femme elle-même, qui était devenue complètement impotente, on a constaté, de jour en jour, une augmentation des forces générales et de la solidité du squelette, si bien que la malade a pu rapidement reprendre chez elle ses occupations habituelles. En même temps, la radiographie montrait une recalcification du squelette, une résorption des cavités kystiques et une consolidation des foyers de fracture.

P.-E. Morhardt.

MONATSSCHRIFT FUR KINDERHEILKUNDE
(Leipzig)

H. Opitz (de Berlin). ***Considérations sur 7 cas infantiles de leucémie myéloïde*** (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, tome XLVIII, fasc. 3-4, Octobre 1930). — O., a observé 7 cas de leucémie myéloïde survenus chez des enfants. Ces cas présentent des particularités qui méritent d'être notées. Les deux premiers sont aigus, les autres chroniques :

1° Garçon de 3 ans. Eruptions ortiées et bulleuses qui avaient fait poser le diagnostic de variole.

2° Fille de 5 ans. Lésions ulcéreuses au niveau de la cavité buccale.

3° Garçon de 2 ans 3/4. Gingivite myéloïde très étendue avec infiltration profonde des muqueuses. Manifestations cutanées, d'abord banales, puis spécifiques au point de vue de la leucémie. Prédominance de promyélocytes très atypiques qui en partie ne pouvaient être différenciés des monocytes.

4° Garçon de 2 ans 3/4. Début à 2 ans. Manifestations cutanées prurigineuses. Divergences entre les signes cliniques et hématologiques.

5° Garçon de 7 ans. Début probable à 1 an; début certain à 2 ans. Evolution essentiellement chronique sans aucun traitement particulier. Leucocytose persistante de 40.000. L'aspect hématologique rappelle les formes aiguës.

6° Fille de 8 ans. Tableau d'une leucémie chronique dès les premiers symptômes.

7° Fille de 12 ans. Tableau ressemblant le plus à une leucémie chronique d'adulte.

O. signale que, dans l'enfance, les différences morphologiques entre les myéloses aiguës et chroniques peuvent prêter à confusion.

G. Schreiber.

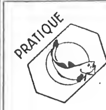
H. Schmiedeberg (de Tübingen). ***Sur le traitement diététique des enfants tuberculeux à l'aide du régime d'Hermannsdorfer*** (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, tome XLVIII, fasc. 3-4, Octobre 1930). — Le régime institué par Hermannsdorfer est difficilement accepté par la moitié des enfants auxquels il est prescrit, en raison de l'absence de sel ordinaire et de l'addition du minéralogène qui contrarie leur appétit. Ce régime offre en outre l'inconvénient d'être plus coûteux que les régimes habituellement recommandés.

Les résultats dans l'ensemble furent médiocres, toutefois ce régime a paru produire fréquemment une amélioration notable des manifestations scrofuleuses sans action favorable par ailleurs sur les lésions d'adénopathie trachéo-bronchique ou sur les infiltrations parafocales.

Les effets de ce régime ont été nuls dans les cas de tuberculose pulmonaire. Ils furent nuls également chez un enfant atteint d'abcès et de fistules multiples, bien que Herrmannsdorfer prétende que son régime soit particulièrement efficace en pareil cas.

Le régime de H. n'a donc pas une action favorable sur la tuberculose infantile, mais il convient de faire observer que les enfants soumis à ce régime ont présenté pour la plupart un très bon état général, avec augmentation de poids. Ce fait paraît attribuable à la richesse en calories de ce régime et il est probable que tout autre régime d'une teneur analogue en calories fournirait des résultats semblables.

G. Schreiber.





HUILE de FOIE de MORUE
SOLIDIFIÉE

Contrôlée Biologiquement
sur sa teneur en
VITAMINES A et D
par le

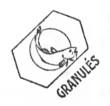
CALCOLÉOL

HUILE de FOIE de MORUE CONTRÔLÉE
VITAMINE B. SELS de FER et de CALCIUM

RACHITISME

TROUBLES de CROISSANCE
SPASMOPHILIE - DÉMINÉRALISATION
AVITAMINOSES

DRAGÉES



Laboratoire des Produits Scientia. Dr Perraudin Phcn de 1re Classe. 21, Rue Chaptal. Paris

LIPIODOL

Huile iodée à 40 %



LAFAY

Pour vous documenter sur ses emplois, reportez-vous aux ouvrages suivants :

Sicard et Forestier. — Diagnostic et Thérapeutique par le Lipiodol. 1 vol. 370 pages, Masson, 1928.
Bonnamour, Badolle et Gaillard. — Le radiodiagnostic dans les affections broncho-pulmonaires par le Lipiodol. 1 vol. 114 pages, 47 planches. *Expansion Scientifique Française*, 1929.
Chandler et Burton Wood. — Lipiodol in diagnosis of thoracic disease. 1 vol. 130 pages. *Oxford University Press*, 1928.
Béclère (C.). — L'exploration radiologique en gynécologie. 1 vol. 173 pages, Masson, 1928.
Béclère (C.). — La perméabilité et les obturations tubaires. 1 vol. 250 pages, Masson, 1929.

et demandez documents, références et échantillons à MM.

ANDRÉ GUERBET & Cie, 22, rue de Landy, SAINT-OUEN (Seine).

Beck (de Tübingen). ***Des modifications du métabolisme basal chez les enfants diabétiques*** (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, tome XLVIII, fasc. 3-4, Octobre 1930. — B. a étudié le métabolisme basal de sept enfants diabétiques en cherchant à préciser ses variations suivant le taux du sucre dans l'urine et dans le sang.

Deux enfants, atteints de formes cliniquement légères, présentèrent, alors qu'ils n'étaient pas traités, une augmentation du métabolisme basal, coïncidant avec une élévation du taux du sucre dans l'urine et dans le sang. L'administration d'insuline à hautes doses fit baisser immédiatement le métabolisme à la normale, malgré la persistance de l'élévation du sucre sanguin. Les variations du sucre urinaire sont beaucoup plus en rapport avec les variations du métabolisme basal que celles du sucre sanguin.

3 autres enfants étaient atteints de formes cliniquement sévères. L'un d'eux, soumis à un traitement exclusivement diététique, présentait un métabolisme basal très fortement augmenté, malgré un taux normal des sucres urinaire et sanguin, il dut être soumis à la cure d'insuline. Le second, décédé quelques mois plus tard, présentait pendant le traitement par l'insuline des urines sans sucre et un métabolisme normal; mais pendant le traitement exclusivement diététique, le sang était plus riche en sucre, l'urine en renfermait de petites quantités et le métabolisme était souvent augmenté. Le troisième, également décédé, présentait un taux normal des sucres sanguin et urinaire avec métabolisme normal pendant les cures d'insuline. En dehors des cures, le métabolisme s'élevait, le sucre sanguin augmentait et l'urine renfermait de petites doses de sucre.

Deux enfants diabétiques furent étudiés en période fébrile. Chez l'un d'eux, l'augmentation du sucre urinaire et du métabolisme précédèrent l'apparition de la fièvre et l'éclosion d'une varicelle. Chez l'autre, l'élévation du métabolisme correspondit à l'apparition d'une fièvre accentuée due à une angine.

G. Schreiber.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

B. Scholz. ***Le métabolisme chloré des pneumoniques et son influence sur l'évolution de l'affection*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 37, 12 Septembre 1930). — Les travaux modernes ont montré l'importance du sel et du régime déchloruré dans les affections vasculaires et rénales.

Dans les pneumonies, on sait qu'il existe une rétention chlorée contemporaine de l'évolution aiguë de la maladie puis une décharge au moment de la convalescence.

Le rôle du rein ou des tissus a été discuté dans la détermination de cette rétention passagère; mais les expériences de Hoesslin et Prigge démontrent l'inanité d'une pathogénie rénale.

C'est surtout au niveau du poumon que se fait la rétention salée, l'inflammation pulmonaire favorisant considérablement l'infiltration chlorée de cet organe où l'on trouve des chiffres de chlore très élevés.

Par contre, on note, à cette même période aiguë, une hypochlorémie marquée parallèle à l'hypotension vasculaire.

Le poumon attire à lui et conserve la majeure partie du chlorure de sodium de l'organisme, et utilise dans ce but toutes les réserves, de telle sorte que l'apport de quantités même notables de sel (10 gr. par voie digestive, 35 gr. par voie intra-veineuse) ne détermine pas d'accroissement de l'excrétion chlorée. Prigge, en injectant ainsi d'assez hautes doses de solution hypersalées, a constaté qu'il obtenait un relèvement plus ou moins prolongé de la tension artérielle. Les mêmes observations ont été faites sur un plus grand nombre de malades par S., qui note d'ailleurs des différences individuelles assez sensibles. A l'inverse de l'opinion classique qui attribue l'hypotonie vasculaire aux toxines pneumococciques, S. fait donc jouer à la carence salée un rôle essentiel dans le déterminisme de la défaillance vaso-motrice.

Alors que des solutions sucrées hypertoniques, même injectées abondamment, restent sans influence sur l'hypotension, les solutions hypertoniques salées agissent constamment pour relever la tension. En outre, selon Prigge, l'évolution de la pneumonie serait accélérée et améliorée. S. s'est efforcé d'élucider le mécanisme de cette action favorable et croit le découvrir en partie dans les modifications locales pulmonaires qui résultent de la rétention de sel à ce niveau.

Cultivant des microbes sur des milieux adaptés strictement à leur développement, il a pu constater que l'adjonction de sel à ces milieux gêne considérablement ou, mieux, inhibe et tue le pneumocoque. Des variations de l'alcalinisation du milieu interviennent aussi activement. La rétention salée du poumon enflammé serait donc un processus de défense contre le microbe. Lors de la régression d'un foyer pneumonique, le sel est éliminé, mais, si un 2e foyer se forme, une nouvelle phase de rétention se produit. Or, puisque cette réaction est favorable, il faudrait, à l'inverse des habitudes actuelles, fournir au malade un régime riche en sel et même pratiquer des injections de solutions hypertoniques salées. Sauf chez des rénaux ou des cardiaques, la diététique des pneumoniques doit donc être basée sur ces principes, afin de favoriser la lutte antimicrobienne et de relever le tonus vasculaire.

G. Dreyfus-Sée.

H. Kohn. ***Défaillance cardiaque et angine de poitrine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 39, 26 Septembre 1930). — La question du rôle de l'état cardiaque dans le déterminisme de l'angor pectoris n'est actuellement pas résolue. Or, il importe, du point de vue thérapeutique, de s'entendre sur la nécessité d'employer la médication toni-cardiaque dans le traitement des angineux, soit pendant leurs crises, soit dans des périodes intercalaires.

Etudiant cliniquement les sujets présentant des crises angineuses, K. croit pouvoir se ranger à l'avis de ceux qui nient les rapports de causalité de l'état cardiaque et de l'angine de poitrine. Tout d'abord la déficience du cœur ne prédispose pas à l'angor. On sait, en effet, que les sujets en période de décompensation cardiaque n'ont pas de crises, et même que le syndrome angineux disparaît ou s'atténue souvent lors de l'apparition des premiers symptômes d'hyposystolie; l'administration de digitaline, stimulant le tonus cardiaque, peut provoquer parfois la reprise des phénomènes douloureux paroxystiques.

A l'inverse de ces faits, la clinique montre que l'hypertrophie cardiaque avec hypertonie vasculaire ne suffit pas à elle seule à créer une prédisposition à l'angor. La fréquence plus grande des angines de poitrine chez les hypertendus tient en réalité à un facteur spasmodique fréquemment associé à l'hypertonie vasculaire.

Au cours des accès, la participation cardiaque proprement dite ne s'observe que dans les formes compliquées. Une crise simple d'angine de poitrine ne comporte pas de symptômes cardiaques et, lorsque ceux-ci apparaissent, ils entraînent une modification séméiologique souvent notable, caractérisant les formes anormales ou compliquées de l'angor (dyspnée, pseudo-asthme, etc.).

Enfin, l'hyposystolie consécutive aux accès ne s'observe que lors d'angines graves dues, non pas à un spasme coronarien simple, mais à une oblitération, à une thrombose coronarienne, entraînant de graves troubles de la circulation intra-cardiaque.

Dans quelques formes de passage, un spasme coronarien intense, générateur d'une crise angineuse, peut créer une ischémie cardiaque assez prolongée pour entraîner des lésions légères myocardiques, et par conséquent des phénomènes de défaillance cardiaque succéderont à la crise.

Ainsi, du double point de vue clinique et pathogénique, est obtenue confirmation de l'indépendance de l'angine de poitrine simple et de la défaillance cardiaque, et par conséquent il reste inutile d'ordonner aux angineux des médications toni-cardiaques. Les nitrites et anti-spasmodiques constituent le traitement de choix. Par contre, lors des angines compliquées, dues à des thromboses coronariennes et s'accompagnant de manifestations indiscutables de défaillance cardiaque, le traitement comportera des opiacés calmants, mais surtout une médication toni-cardiaque : caféine et camphre et, si besoin, injection intra-veineuse de strophantus. K. recommande, en outre, ultérieurement la quinine associée à la caféine, et plus tard encore une cure de bains carbo-gazeux.

G. Dreyfus-Sée.

W. Lueg. ***La signification clinique de la capacité de polarisation cutanée (condensateur cutané)*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 39, 26 Septembre 1930). — C'est en poursuivant des études expérimentales sur l'électrocardiographie des myxœdémateux, des animaux thyroïdectomisés, normaux ou recevant des injections d'extraits thyroïdiens, que L. fut frappé par des variations de la résistance cutanée électrique qui faussaient ses résultats.

Il entreprit la mesure de la capacité de polarisation cutanée chez les thyroïdiens et ses recherches l'amenèrent à considérer qu'il y a là une méthode physique intéressante à appliquer en clinique. Les variations du pouvoir cutané polarisant renseignent sur l'état fonctionnel de la glande thyroïde et leur étude peut être considérée comme une méthode adjuvante à la recherche du métabolisme basal. Biologiquement ces deux examens ne sont pas superposables, l'estimation du métabolisme de base fournissant souvent des résultats supérieurs, mais, par contre, au début, dans les formes frustes, les variations de la polarisation cutanée peuvent apparaître avant les modifications du métabolisme basal.

En outre, il s'agit d'une méthode physique précise, ne subissant pas l'influence des facteurs externes ou internes, psychiques en particulier, qui sont susceptibles de créer des causes d'erreur dans l'appréciation du métabolisme basal.

Effectuée aisément en quelques minutes, cette mesure électrique n'est pas modifiée par l'existence d'un léger œdème et seule l'intégrité cutanée constitue une condition nécessaire à sa réalisation.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

F. Seeber. ***Purpura fulminans symptomatique d'une méningo-coccémie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 38, 19 Septembre 1930). — S. relate une observation de purpura foudroyant chez une jeune fille de 15 ans, antérieurement bien portante, qui amena la mort en 24 heures. Chez cette malade, l'infection méningococcique a été démontrée par une hémoculture positive, pratiquée 1/2 heure avant la mort. Les recherches histo-pathologiques ont décelé la dissémination microbienne dans les centres nerveux, les surrénales et la peau.

L'auteur émet en outre l'hypothèse de l'existence d'une fragilité cutanée congénitale, expli-

quant la prédominance du syndrome purpurique de la peau (peau blanche, délicate, de rousse). Le tableau symptomatique typique de purpura fulminans vient confirmer l'opinion de ceux qui rattachent à l'infection méningococcique l'affection décrite par Hénoch.

G. Dreyfus-Sée.

E. Becher. ***Mode d'apparition et causes de l'anémie dans les affections des reins*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 39, 26 Septembre 1930). — La pâleur des néphrétiques est le plus souvent due à une anémie vraie et non pas seulement à un angiospasme cutané. En général, il s'agit d'anémie secondaire moyenne avec diminution de l'index colorimétrique, mais tous les degrés peuvent être observés.

Des anémies moyennes, avec hémoglobinémie abaissée jusqu'à 70 pour 100, surviennent chez des sujets qui ne présentent pas une véritable insuffisance rénale. Elles peuvent être dues à des hématuries ou être déterminées par la cause étiologique même de l'affection du rein.

Au cours de l'évolution des glomérulo-néphrites diffuses, on rencontre aussi de ces anémies modérées dont la cause réside peut-être en des troubles fonctionnels par inhibition de l'hématopoïèse des organes hémoformateurs.

Les anémies par hydrémie sont des anémies relatives, survenant lors de la rétention aqueuse dans les vaisseaux, ou quand l'eau tissulaire parvient dans le sang au moment de l'élimination des œdèmes.

Au cours de l'anurie, une anémie relative se constitue par dilution sanguine : la rétention uréique favorise vraisemblablement le passage de l'eau tissulaire dans le sang.

Des anémies plus intenses, avec pourcentage hémoglobinique abaissé jusqu'aux environs de 50 pour 100, ne se rencontrent que dans les insuffisances rénales manifestes. Elles évoluent parallèlement à la rétention des produits de putréfaction intestinale et il semble qu'elles résultent d'une intoxication par ces substances. Ces anémies paraissent dues à une déficience de l'hématopoïèse, car on ne peut déceler, au cours de leur évolution, aucun signe témoignant d'une destruction globulaire excessive.

G. Dreyfus-Sée.

E. Baader. ***Administration de plomb à des sujets atteints d'intoxication saturnine.*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 40, 3 Octobre 1930). — Chez des saturnins chroniques graves, l'administration de très petites doses de plomb a déterminé des réactions nettes : élimination accrue de plomb par la bouche, réapparition ou accentuation du liséré ou du tatouage gingivo-buccal, sensation de chaleur et fourmillement des extrémités, etc.

S'agit-il alors d'une mobilisation des dépôts plombiques viscéraux pré-existants, ou, au contraire, d'une accumulation locale du plomb circulant dans l'organisme? Il est difficile de le savoir. Les recherches pratiquées sur les selles et les urines, pour mettre en évidence une modification de l'excrétion plombique après le traitement, n'ont pas fourni de résultat interprétable du fait des variations quotidiennes considérables observées chez ces malades.

Cependant l'excès de l'élimination sur l'absorption, constaté dans certains cas, fait croire plus volontiers à une mobilisation active du plomb. En tout cas, il faut insister sur la démonstration ainsi faite, du déclenchement de réactions viscérales considérables chez des saturnins chroniques par l'absorption de doses homéopathiques de plomb. Au point de vue médico-légal, ces conclusions sont très importantes, car elles démontrent qu'il y a danger à mettre en contact avec du plomb un ouvrier qui a présenté des accidents sérieux.

Des rechutes graves peuvent succéder à une reprise de travail, même de courte durée et avec de multiples précautions d'hygiène, chez un sujet atteint antérieurement de saturnisme sévère.

Expérimentalement, ces faits sont appuyés par les travaux de Haak (de Rostock), démontrant l'existence d'une prédisposition spéciale aux accidents toxiques créée par une première intoxication plombique. Cliniquement, de nombreuses observations prouvent que les hommes présentent une sensibilisation analogue.

Il importe donc, au point de vue de la législation professionnelle, d'éliminer définitivement des ateliers où l'on manipule le plomb les ouvriers ayant présenté des accidents saturnins sérieux, sous peine de les exposer à des intoxications de plus en plus sévères et se manifestant pour des doses infimes de plomb, dans des délais de moins en moins prolongés.

G. Dreyfus-Sée.

H. Krukenberg. ***Contribution, par l'exposé d'un cas, aux recherches sur l'état épileptique au cours de la gravidité*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 40, 3 Octobre 1930). — A propos d'une observation personnelle, K., passe en revue les principales publications allemandes concernant les relations de l'épilepsie et de la gravidité. Dans l'ensemble, la plupart concluent à l'aggravation de l'épilepsie par la puerpéralité; parfois même, les crises apparaissent pour la première fois au cours de la gravidité.

Au point de vue thérapeutique, en dehors du traitement médicamenteux habituel, K. préconise la ponction lombaire avec réinjection d'air selon la technique qu'il attribue à Haupt et qui, chez sa malade, a amené une amélioration immédiatement manifeste.

Dans des cas graves, après échec des tentatives thérapeutiques, le danger couru par la mère peut faire envisager l'interruption artificielle de la grossesse. Certains auteurs discutent même les indications d'une stérilisation définitive pour éviter les risques graves entraînés par une grossesse ultérieure.

G. Dreyfus-Sée.

Ganter. ***L'utilisation de la propagation acoustique osseuse pour le diagnostic des affections cardiaques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 41, 10 Octobre 1930). — Les manifestations acoustiques cardiaques pathologiques se transmettent dans certains cas le long des os, et l'étude de ces propagations peut être utile au diagnostic.

Les vibrations normales ou anormales naissant dans le cœur droit se communiquent au sternum voisin et de là gagnent les côtes, les clavicules et parfois même jusqu'aux olécranes.

Les vibrations nées dans le cœur gauche ne sont pas perçues le long des os. Les vibrations de la paroi aortique ne présentent le phénomène de la propagation osseuse que lorsque l'aorte ascendante élargie entre en contact avec le sternum. Dans ce cas, il y a le plus souvent hypertension artérielle et la transmission du 2e ton aortique accentué peut être considérée comme un signe stéthoscopique de l'hypertension. Si l'élévation de la pression est modérée, il est possible de faire disparaître le symptôme osseux par élargissement inspiratoire forcé du thorax; dans les fortes hypertensions, la propagation osseuse persiste.

En l'absence d'augmentation de la pression vasculaire, la transmission acoustique osseuse du 2e ton témoigne de l'existence d'une ectasie inflammatoire de l'aorte ascendante.

G. Dreyfus-Sée.

I. von Zarday. ***Les troubles circulatoires des obèses*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 42, 17 Octobre 1930). — 160 sujets obèses ne présentant pas de lésions vasculaires essentielles ont été examinés dans le but de déceler de petits troubles circulatoires. L'étude du pouls, de la pression artérielle et veineuse, de la capacité vitale et de l'électrocardiogramme a montré dans 90 pour 100 des cas des modifications objectives de l'appareil circulatoire.

Il faut donc considérer, dans la grande majorité des cas, que les sujets obèses sont également des malades avec atteinte de leur système circulatoire, chez lesquels, par conséquent, l'établissement du traitement doit tenir compte, au premier chef, de la nécessité de ménager leur appareil cardio-vasculaire.

G. Dreyfus-Sée.

M. Altschuler. ***Auto-agglutination « in vitro » sous l'influence de la tuberculine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 42, 17 Octobre 1930). — Une série de recherches a montré que le sang des sujets réagit vis-à-vis de la tuberculine de façon différente suivant qu'ils sont indemnes de toute tuberculose ou présentent une atteinte de cette affection.

Le sang des tuberculeux paraît résistant vis-à-vis de la tuberculine. Pour établir s'il s'agit d'un mode de réaction spécifique, A. a entrepris une série de recherches qu'il poursuit encore actuellement. Un certain nombre d'observations lui permettent de publier dès maintenant quelques résultats acquis :

1° Erythrocytes et sérum de sujets non tuberculeux, mélangés avec de la tuberculine et mis à l'étuve, subissent de profondes modifications de leur propriétés d'agglutination.

2° Le sang de malades atteints de bacilloses osseuses, articulaires ou pulmonaires ne devient pas auto-agglutinable sous l'influence de la tuberculine.

3° L'apparition d'auto-agglutination *in-vitro* par action de la tuberculine n'est pas due à une infection du sang par des microbes pyogènes.

4° L'absence de production d'auto-agglutination *in-vitro* dans le sang des bacillaires n'est vraisemblablement nullement en rapport avec la richesse de ce sang en composants albumineux labiles (augmentation de la globuline et du fibrinogène observée chez les tuberculeux, mais également dans tous les autres processus subaigus ou aigus s'accompagnant de destruction cellulaire).

En conclusion, étant donné que le contact avec la tuberculine détermine l'apparition constante d'une auto-agglutination dans le sang des sujets indemnes de tuberculose, alors que ce phénomène ne se produit pas avec du sang de tuberculeux, cette épreuve simple peut être considérée comme un moyen de diagnostic utilisable en clinique.

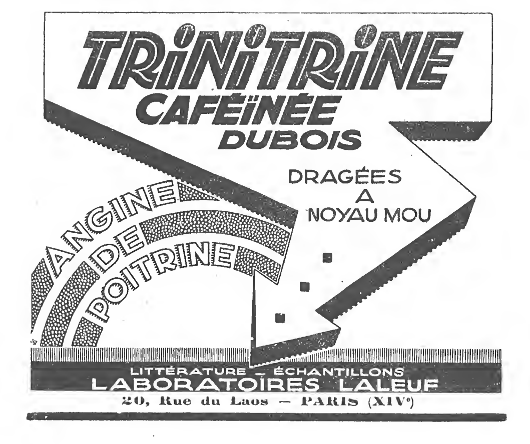
G. Dreyfus-Sée.

B. Kohler. ***Traitement diététique de la tuberculose*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 43, 24 Octobre 1930). — Les notions théoriques sur lesquelles sont basés les principes de la cure de Hermannsdorfer et Gerson ne sont pas encore clairement établies. Cependant certaines prescriptions du régime ont fait leurs preuves et exercent indiscutablement une action favorable sur l'évolution de la tuberculose : vitamines, huile de foie de morue, minéralogène. Mais l'appréciation véritable de la valeur du traitement ne sera possible qu'en se basant sur des faits cliniques et à condition qu'il s'agisse de cas très nombreux, bien étudiés et longtemps suivis.

A la clinique de Munich, K. a observé 200 cas environ durant 2 ans et croit pouvoir tirer de ces observations les conclusions suivantes.

L'efficacité du régime sur les lupus et les tuberculoses cutanées lui a paru constante. Dans le petit nombre de cas (13) ainsi traités, aucun échec ne fut constaté.

Les tuberculoses osseuses, articulaires, ganglion-


TRINITRINE
CAFÉINÉE
DUBOIS
DRAGÉES
A
NOYAU MOU
ANGINE
DE
POITRINE
LITTÉRATURE — ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
20, Rue du Laos — PARIS (XIVe)

naires sont favorablement influencées lorsqu'il s'agit de formes légères ou moyennes. Par contre, les formes graves, suppurées, avec infection et inflammation marquées, ne réagissent que très faiblement ou pas du tout à la diététique thérapeutique.

Aucune conclusion ne peut être actuellement publiée au sujet des affections pulmonaires, la durée des observations étant encore insuffisante.

Mais, en pratique, si les sujets atteints des formes de tuberculose paraissant curables par cette méthode ont intérêt à y être soumis, ce n'est que lorsque certaines conditions sont respectées :

1° Cuisine diététique préparée de façon satisfaisante (application stricte des principes du régime, et préparation culinaire soignée).

2° Lorsqu'il s'agit de tuberculoses chirurgicales, traitement chirurgical approprié, appliqué par un spécialiste et surveillé durant toute la durée de l'évolution de la maladie. C'est à la méconnaissance de ces conditions essentielles que seraient dus nombre d'échecs qu'on a voulu opposer à la méthode.

H. Bremer et **J. Schüller.** ***Le minéralogène est-il indispensable à la réalisation efficace de la cure diététique antituberculeuse?*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 43, 24 Octobre 1930.) — L'application du régime de Sauerbruch-Herrmannsdorfer-Gerson dans des formes de tuberculose chirurgicale a fourni à B. et S. des résultats très satisfaisants et ils s'en déclarent partisans convaincus.

Mais, dans cette diététique, un élément leur paraît discutable : c'est la nécessité du minéralogène. Ce produit, dont la composition exacte n'a jamais été publiée, a l'inconvénient d'être très cher, de telle sorte qu'il y aurait un avantage notable à pouvoir le supprimer du régime.

Or les malades soumis à la cure diététique, minéralogène excepté, se sont comportés exactement comme ceux qui en absorbaient régulièrement. Quelques sujets en cours de traitement qui ont supprimé spontanément, ou bien à qui on a supprimé intentionnellement, le minéralogène, sans modifier le reste de la thérapeutique, ont poursuivi leur évolution sans aucune modification.

B. et S. considèrent donc que le minéralogène n'est nullement indispensable et même qu'il n'est pas possible de lui reconnaître d'efficacité réelle dans le traitement antituberculeux. Dans ces conditions, sa suppression, qui aurait de grands avantages économiques, n'offre aucun inconvénient.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Vienne et Munich)

A. Läwen. ***Congélation du sciatique dans le traitement de la gangrène juvénile*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 36, 6 Septembre 1930). — L. a pratiqué la congélation du nerf sciatique dans 3 cas de gangrène. Il a utilisé pour cela son appareil à acide carbonique et il considère que cette méthode ne détruit pas seulement la voie sensible, mais aussi les vaso-constricteurs.

Dans un cas, dont il donne l'observation, la congélation, pratiquée sous anesthésie de conduction, a fait disparaître de façon durable les douleurs qui étaient très pénibles et a rendu la morphine inutile. La gangrène débutante ne s'est pas étendue, mais, au contraire, la démarcation s'est bien faite et le malade marchait bien 1 an ½ plus tard, moment auquel la régénération du nerf commençait à se manifester.

Dans 2 autres cas, les résultats ont été très différents. Aussitôt après l'intervention, les douleurs, qui étaient également très violentes, ont, il est vrai, disparu complètement, mais la peau du pied s'est plissée, en même temps que l'œdème local disparaissait. Bientôt, la température s'est élevée, la gangrène s'est accentuée et il a fallu procéder à une amputation. Pour l'auteur, cette résorption de l'œdème joue un rôle important en accentuant les lésions des vaisseaux déjà atteints par la maladie. D'autre part, l'extension de la gangrène permet de déterminer en peu de jours, et avec précision, où l'amputation doit avoir lieu. Cette méthode présente ainsi l'avantage de faire disparaître les douleurs, de déterminer s'il s'agit d'une forme bénigne ou maligne et, dans ce dernier cas, de donner des indications exactes pour l'intervention.

P.-E. Morhardt.

W. Scholtz. ***Le traitement acide des affections de la peau*** (*Klinische Wochenschrift*, t. IX, n° 36, 6 Septembre 1930). — On a toujours utilisé empiriquement les acides salicylique, borique, benzoïque, etc., principalement pour empêcher le rancissement des pommades. Klingmüller a, lui, recommandé l'acide acétique et une préparation de goudron acide, soluble dans l'eau, sous forme de bain, dans les affections de la peau. D'ailleurs les bains d'écorce de chêne (décoction de 1 kilogr. pour 6 litres d'eau), qui donnent de bons résultats, ont un p_H de 5,8 à 6; les lavages au lait aigre ou au babeurre, qui sont très employés, montrent aussi que l'acidité n'est pas nuisible pour la peau. Les cellules basales de l'épiderme présentent, d'après Marchionini, un p_H de 7, la couche granuleuse un p_H de 6,7, la couche cornée un p_H de 5,5 à 3, la substance de l'ongle un p_H de 6.

Ces diverses notions ont conduit S. à réaliser une préparation à base de lait et de crème acides et conservables (lait et crème de *taxilan*). L'acidification de la préparation est réalisée par l'acide lactique sous forme d'une solution tampon (normolactol). Le p_H du lait de taxilan est de 3,7.

Quand on lave la peau avec du savon ordinaire, le p_H s'abaisse à 6 ou 6.8 et ne retrouve la normale qu'en 20 heures. Avec du lait acide, le p_H revient aussitôt à 5,1 ou 5,2. On peut adjoindre à la préparation décrite par S. du soufre, du goudron, de l'ichthyol, de la résorcine, de la lanoline, de la vaseline, ou encore de l'oxyde de zinc ou du talc pour en faire une pâte.

Pour faire une pommade qui donne une sensation de fraîcheur, il faut, non pas une émulsion dont les globules d'eau soient plongées dans la graisse, mais, au contraire, comme dans le lait, une émulsion dont les globules de graisse soient en suspension dans un milieu aqueux. Les méthodes artificielles ne permettent pas de réaliser une préparation de ce genre qui est fournie exclusivement par le lait.

Dans les eczémas et dans les dermatites on devra, lorsqu'il y a érosion ou suintement, choisir un degré d'acide de 6 à 6,5. Quand la kératinisation est incomplète, c'est-à-dire dans l'eczéma séborrhéique, le degré d'acide pourra être plus élevé : 3 à 4. Quand, par suite de sueurs abondantes dans des régions où l'évaporation n'est pas facile, la macération de l'épiderme provoque une réaction alcaline ou favorise l'invasion de champignons, un traitement par les acides est également indiqué surtout à titre prophylactique : eau vinaigrée, alcool à l'acide salicylique ou à la résorcine ou au normolactol, ainsi que les préparations de lait acide.

P.-E. Morhardt.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA

(Stockholm)

G. Söderlund (Stockholm). ***Contribution à la question du radiodiagnostic de la tuberculose rénale*** (*Acta chirurgica scandinavica*, tome LXVI, fasc. 6, 31 Janvier 1931). — S. donne les résultats de l'examen radiographique de 162 cas de tuberculose rénale observés dans le service de chirurgie de l'hôpital Maria, de Stockholm. Sur ces 162 cas, 52 fois — soit dans près d'un tiers des cas — cet examen radiologique a donné un résultat positif et, dans 29 au moins de ces cas, il a eu au point de vue du diagnostic et du traitement, une importance décisive. Dans ces 29 cas, en effet, les autres moyens de diagnostic (cystoscopie, cathétérisme des uretères, examen bactériologique des urines) s'étaient montrés, pour des causes diverses, ou impraticables ou insuffisants.

L'étude de ces 52 cas à radiodiagnostic positif donne les résultats suivants :

Dans 42 cas, on aperçoit sur la plaque radiographique, au niveau du rein — ou de l'uretère — des ombres de calcification, en forme de bandes ou de nuages, dues au processus tuberculeux. Dans 31 de ces cas, ces ombres étaient à ce point caractéristiques que le diagnostic de tuberculose rénale pouvait être établi par l'examen radiographique seul. Dans 12 cas, la nature des taches pouvait donner lieu à doute et, dans 9 cas même, elles semblaient plutôt plaider en faveur d'une lithiase.

Dans les 10 cas restants, avec examen radiographique positif, l'un présentait un rétrécissement de l'ombre rénale au niveau du hile, correspondant au pôle inférieur du rein ; dans un autre, la pyélographie décelait l'existence de cavernes ; dans 2 autres, l'existence de cavernes se manifestait par un double contour de l'ombre rénale; dans 1 cas, la sclérose d'un uretère était nettement visible dans l'ombre rénale; dans 2 cas, enfin, on constatait une distension du bassinet et, dans 3 cas, une exagération de l'ombre rénale du côté malade.

P. Bull (Oslo). ***La thoracoplastie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Acta chirurgica scandinavica*, tome LXVI, fasc. 6, 31 Janvier 1931). — De l'étude de 400 thoracoplasties exécutées en Norvège par 12 chirurgiens différents et par B. lui-même dans la période s'étendant de Mai 1914 à la fin de 1928, avec résultats éloignés de 328 cas opérés de 1914 à 1926 et revus en 1928, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Les malades atteints de tuberculose pulmonaire unilatérale, ou à peu près unilatérale, chez qui le pneumothorax artificiel est impraticable ou inefficace, peuvent être guéris par une thoracoplastie extra-pleurale, totale ou partielle, combinée ou non avec un pneumothorax ou une phrénicectomie.

L'autre poumon doit être exempt de signes cliniques de tuberculose ou du moins ceux-ci doivent être insignifiants et stationnaires.

On ne doit entreprendre cette opération qu'après entente avec le médecin traitant, lorsque celui-ci est arrivé à un pronostic définitif au sujet d'un cas qu'il a gardé pendant longtemps en observation.

La thoracoplastie extra-pleurale, effectuée au moyen d'une incision paravertébrale, doit comporter la résection de 10 ou 11 côtes, y compris la 1re. La résection costale doit être faite aussi en arrière que possible, jusqu'au niveau des apophyses transverses. L'opération en deux temps a une mortalité plus faible que l'opération en un temps. Cette résection costale étendue n'entraîne d'ailleurs aucune incommodité permanente appréciable.

Le choix d'une anesthésie locale ou générale n'influence pas sensiblement les résultats.

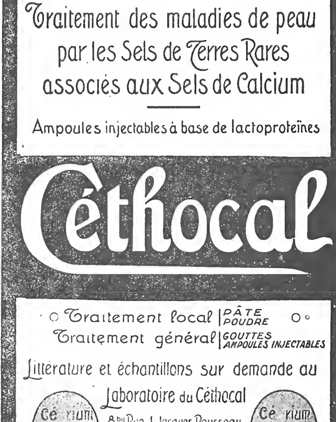
On doit recourir à la thoracoplastie quand il n'y a pas eu d'amélioration après 3 ou 4 mois de traitement sanatorial et qu'on ne peut pas pratiquer efficacement le pneumothorax artificiel.

Des hémoptysies répétées constituent une indication supplémentaire à l'opération.

Des cavernes chroniques de la grosseur d'une noix ou même plus volumineuses guérissent plus rapidement et plus sûrement après une opération qu'à la suite d'un traitement d'attente. Si l'on


SANAS
(GOUTTES)
EXTRAIT CONCENTRÉ VITAMINÉ DE FOIE FRAIS DE MORUE
Produit Français fabriqué à Saint-Pierre-Miquelon
SANS TRACE D'HUILE - Sans odeur ni saveur désagréables - Soluble dans tous les liquides aqueux.
SE PREND EN TOUTE SAISON
INDICATIONS : Rachitisme, Prétuberculose, Tuberculose, Chloro anémie, Convalescences, Adénopathies, Anorexie, Déchéances organiques.
DOSES : Enfants : 2 à 4 gouttes par année d'âge Adultes : 50 à 60 gouttes par jour
Littérature et Échantillons : A. WELCKER & Cie, - 72, Rue du Commerce - PARIS XVe


SANOGYL
MARQUE DE LA BIOTHÉRAPIE
PRÉVIENT ET GUÉRIT
GINGIVITES . STOMATITES
GANGRÈNE BUCCALE
PYORRHÉE ALVÉOLAIRE
Littérature et Echantillons sur demande
H. VILLETTE
Pharmacien
131, r. Cambronne, PARIS-15^e
Tél. : Vaugirard 11-23
SANOGYL


Traitement des maladies de peau par les Sels de Terres Rares associés aux Sels de Calcium
Ampoules injectables à base de lactoproteïnes
Céthocal
Traitement local | PÂTE POUDRE
Traitement général | GOUTTES AMPOULES INJECTABLES
Littérature et échantillons sur demande au Laboratoire du Céthocal
8 bis Rue J. Jacques Rousseau
Fontenay sous Bois - Seine
Telephone : Le Tremblay 12-01
Cé rium Tho rium Cal cium
Cé rium Tho rium Cal cium
P. Lemay D'en Ph^ie^ R C 295 638


Docteur
Sur le point de prescrire la Valériane êtes-vous parfois retenu par la crainte de donner à votre malade un médicament malodorant ?
Ordonnez alors le
Valérianate Gabail
désodorisé
ou
Elixir Gabail
valéro-bromuré
aussi efficaces dans leur action qu'agréables à prendre
LABORATOIRES S. GABAIL 5, Rue Lefebvre PARIS (XVe)

n'obtient pas le collapsus complet d'une caverne après une thoracoplastie, ce résultat peut être obtenu par une pneumolyse, une greffe de tissu adipeux, un plombage à la paraffine, un tamponnement ou même la simple mise en place d'un drain.

Les formes fibreuses de la tuberculose pulmonaire sont celles qui réagissent le mieux à la thoracoplastie : la forme exsudative pure est celle qui présente les plus grands risques opératoires.

De la statistique rassemblée par B., il résulte que 35 à 45 pour 100 des malades qui n'ont pu être améliorés par d'autres méthodes peuvent être sauvés grâce à une thoracoplastie et recouvrer entièrement leur capacité de travail. Environ 20 pour 100 retirent un bénéfice temporaire de l'opération, mais succombent ultérieurement à leur tuberculose. Environ 16 pour 100 ne retirent aucun bénéfice de l'opération. 6 pour 100 voient leur état empirer à la suite de l'opération. Enfin 10 pour 100 meurent des suites de l'intervention, c'est-à-dire dans les 8 premières semaines.

Tous les médecins de sanatorium et même tous les praticiens devraient connaître les indications et les résultats de la thoracoplastie extrapleurale. Personne n'a plus le droit de priver de cette chance de salut des malades qui pourraient bénéficier de cette opération.

THE LANCET

(Londres)

J.-R. Macleod. ***Le problème physiologique du diabète*** (*The Lancet*, vol. CCXIX, n° 5584, 6 Septembre 1930). — Le problème du diabète est celui des variations de la sécrétion de l'insuline. De nombreuses expériences ont démontré que la sécrétion insulinique varie à chaque instant, s'adaptant aux besoins du métabolisme : en particulier, l'ingestion ou l'injection d'hydrates de carbone détermine une hypersécrétion physiologique d'insuline, tandis que la diète détermine une hyposécrétion. D'autre part, certaines expériences démontrent que l'hyperfonctionnement prolongé du pancréas détermine la dégénérescence des cellules de Langerhans : en particulier, les expériences d'Allen et Borvic, qui extirpent entièrement le pancréas d'un lapin, et transplantent dans la paroi abdominale une petite portion de ce pancréas, sans troubler ses connexions sanguine et nerveuses ; si on donne à cet animal une nourriture riche en sucre, l'hyperfonction de ce greffon aboutira rapidement à sa dégénérescence, dégénérescence qui sera arrêtée par l'administration d'insuline; cette dégénérescence hydropique du protoplasme des cellules β des îlots ne se produit pas si une nourriture pauvre en sucre est donnée au lapin.

A quel mécanisme régulateur est liée cette variation de la sécrétion en insuline ? S'agit-il d'un contrôle nerveux; ou bien d'un contrôle chimique, par l'intermédiaire d'une hormone ?

En faveur du contrôle nerveux, il y a les constatations histologiques qui démontrent l'existence d'un plexus nerveux peri-insulaire dépendant du pneumo-gastrique droit; d'autre part, de nombreux expérimentateurs ont montré que l'excitation du vague déterminait une hypersécrétion d'insuline. Cependant il semble bien qu'il s'agisse, non pas d'un mécanisme habituel, mais d'un contrôle « de luxe », analogue à celui qui existe pour la respiration.

En réalité, il semble que la régulation de la sécrétion d'insuline soit normalement d'ordre chimique; sans doute l'hypersécrétion est-elle directement provoquée par l'hyperglycémie; il ne semble pas que l'action des autres glandes endocrines soit importante.

En se guidant sur les faits expérimentaux, il ne faut accueillir qu'avec les plus expresses réserves les médicaments nouveaux qui se vantent de diminuer la glycémie et de pouvoir se substituer à l'insuline. En réalité, il est fort probable que ces drogues agissent uniquement en excitant la sécrétion des îlots : elles sont donc dangereuses plus qu'utiles, car elles doivent aboutir plus ou moins vite à la dégénérescence des parties saines du parenchyme glandulaire. En fait, on ne peut dire d'un médicament anti-diabétique qu'il est efficace que s'il diminue la glycémie d'un animal entièrement dépancréatisé ; ce qui n'est le cas ni de la synthaline ni de la myrtilline, derniers-nés de ces médicaments.

R. Rivoire.

J. A. Ryle. ***La thrombo-phlébite migrante*** (*The Lancet*, vol. CCXIX, n° 5588, 4 Octobre 1930). — On connaît depuis longtemps cette variété curieuse de phlébite: phlébite thrombosante, récidivante, atteignant successivement les veines les plus variées, et à l'origine de laquelle on ne trouve aucune cause.

L'auteur en rapporte 5 observations. Dans 3 cas, il existait peut-être un foyer septique à distance, mais aucune cause nette ne put être mise en évidence. En réalité, il s'agit beaucoup plus probablement d'une affection sanguine, et il serait intéressant d'avoir quelques numérations de plaquettes sanguines ; malheureusement, l'auteur ne les a numérées chez aucun de ses malades. Le pronostic de cette affection est favorable, du point de vue vital : mais c'est une maladie très ennuyeuse, du fait de sa longueur, du fait des embolies pulmonaires qui peuvent être très douloureuses; du fait enfin qu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucun traitement efficace.

R. Rivoire.

Th. Thompson. ***La valeur de la radiographie dans le diagnostic de la maladie d'Addison*** (*The Lancet*, vol. CCXIX n° 5589, 11 Octobre 1930). — T. a observé un cas de maladie d'Addison où la radiographie de la région lombaire a montré très nettement les contours des glandes surrénales calcifiées: deux ombres, de forme triangulaire, situées au niveau de la 1re lombaire : à droite, l'ombre coiffe le pôle du rein droit ; à gauche, l'ombre, moins dense, descend sur le bord initial du rein jusqu'au hile.

Il n'existe dans la littérature qu'un seul autre cas de surrénale visible à la radio : il s'agissait d'un enfant de 12 ans chez qui l'examen *post mortem* révéla l'existence de surrénales nettement calcifiées.

Dans le cas de Th., l'autopsie ne fut pas autorisée : mais il s'agissait certainement aussi de calcification, car les surrénales sont rarement visibles à la radiographie dans la maladie d'Addison. Il fait cependant pratiquer la radiographie dans chaque cas, car c'est signe indiscutable d'atteinte surrénale, lorsqu'il existe, notamment dans les cas sans pigmentation. R. Rivoire.

E. Hindle. ***La transmission de la fièvre jaune*** (*The Lancet*, vol. CCXIX n° 5590, 18 Octobre 1930). — Depuis l'enquête de la Commission américaine à Cuba, en 1900, on sait que la fièvre jaune est transmise à l'homme par la piqûre d'un moustique, le *Stegomya fasciata*. Mais des études plus précises sur la transmission de ce virus ont pu être faites, du jour où a été démontrée l'infectivité d'un singe, le *Macacus rhesus*. Chez le singe, la piqûre du *Stegomya* infecté détermine une maladie aux symptômes très analogues à ceux de l'homme, mais d'évolution plus courte.

L'auteur a entrepris une série de recherches sur le virus et sur les hôtes intermédiaires, étude dont voici les conclusions principales :

Le *Stegomya fasciata* est l'hôte intermédiaire le plus fréquent, mais non pas absolument le seul : une série d'autres espèces analogues peuvent transmettre la maladie à l'homme ou au singe, en particulier en Afrique.

La contagion peut se faire d'homme à homme par l'intermédiaire du sang: cela fut constaté dans plusieurs cas d'infection de laboratoire, ce qui expliquerait la possibilité d'extension rapide de l'épidémie dans les cas où existe le vomito negro.

Il n'y a pas de transmission directe de moustique à moustique : la maladie ne peut donc persister que s'il y a des foyers endémiques de fièvre jaune humaine ou simiesque.

R. Rivoire.

A. J. Scott Pinchin et **H. V. Morlock.** ***Les abcès du poumon; leur traitement et leur diagnostic*** (*The Lancet*, vol. CCXIX n° 5590, 18 Octobre 1930). — Comme beaucoup d'autres, les auteurs ont été frappés par l'augmentation de fréquence des abcès du poumon depuis quelques années. Peut-être s'agit-il simplement d'un diagnostic auquel on pense davantage; ou bien y a-t-il réellement multiplication des cas d'abcès du poumon ? Et, dans ce cas, peut-être faut-il y voir une conséquence des épidémies de grippe récentes, ou bien de l'accroissement du nombre des interventions chirurgicales sur les voies respiratoires.

Sur 27 cas observés par les auteurs, 60 pour 100 étaient en apparence primitifs, ce qui coïncide avec les chiffres de Kindberg. Un seul cas seulement était consécutif à une pneumonie : on sait bien maintenant que l'abcès du poumon n'est que tout à fait exceptionnellement une complication de la pneumonie. Par contre, il faut insister sur la grande fréquence des abcès consécutifs à la tonsillectomie : 16 pour 100 dans la série des auteurs, mais beaucoup plus dans d'autres.

Le traitement des abcès du poumon doit être avant tout *médical*, et sur ce point les auteurs sont d'accord avec les médecins français : l'émétine, le novar, le lipiodol peuvent être essayés. Ce n'est que lorsque le traitement médical prolongé, durant 2 à 3 mois, n'a pas amené la guérison qu'il faut recourir aux méthodes chirurgicales : cependant il y a intérêt à ne pas dépasser ce laps de temps.

Le pneumothorax artificiel ne doit être essayé que lorsqu'il s'agit d'un abcès bien central, afin d'éviter la possibilité d'un pyopneumothorax.

La phrénicectomie a été essayée une fois, sans grand succès.

La thoracoplastie doit être réservée aux cas qui n'ont pas guéri par les autres méthodes : sur 2 malades, l'un mourut rapidement, l'autre guérit après avoir fait un pyopneumothorax.

L'opération la meilleure est la thoracotomie avec drainage; il faut la faire en deux temps, le premier temps étant consacré à la fermeture de la plèvre pour éviter les complications pleurales. Sur 4 cas, 2 guérirent et 2 autres moururent rapidement après l'opération.

Quel que soit le traitement chirurgical adopté, il y a donc toujours un important déchet opératoire qui doit rendre circonspect le médecin.

R. Rivoire.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(Chicago)

W. L. Palmer. ***Valeur de la neutralisation de l'acide dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVI, n° 2, Août 1930). — Il est très difficile d'apprécier la valeur des traitements proposés dans l'ulcère gastrique en raison de sa tendance aux rémissions spontanées. La disparition de la niche en particulier ne signifie pas plus guérison que la cessation des signes subjectifs. Seule la gastroscopie, le plus souvent impraticable, pourrait fournir à cet égard des informations valables.

Gutzeit a montré que le premier stade du processus de guérison est la décroissance des phénomènes


POMMADE RADIOACTIVE
DERMORADOL
BROMURE DE RADIUM + MEILLEURS TOPIQUES



inflammatoires périulcéreux qui marche de pair avec une « désensibilisation » du mécanisme producteur de la douleur. Pour apprécier cette désensibilisation, P. a imaginé l'épreuve de l'acide qui consiste à injecter dans l'estomac, après aspiration des liquides, 200 cmc de solution chlorhydrique à 0,5 pour 100 à plusieurs reprises, à une demi-heure environ d'intervalle, ce qui détermine de la douleur (test positif) tant que la désensibilisation n'est pas atteinte. La négativation de l'épreuve indique la première étape vers la guérison. Dans les cas typiques on constate lors des épreuves successives que la douleur va en diminuant graduellement; il faut un plus long séjour de l'acide pour qu'elle apparaisse; finalement elle ne se produit plus. D'ordinaire la négativation de l'épreuve est obtenue bien avant que la niche ait disparu entièrement.

Pour vérifier la valeur du traitement neutralisant, P. a soumis à cette épreuve des ulcéreux ayant des signes radiologiques indiscutables et des manifestations cliniques aussi semblables que possible, qui tous étaient soumis au même régime alimentaire, analogue à celui de Sippy (lait, crème, bouillies de céréales toutes les heures), mais dont les uns recevaient, une demi-heure après, une poudre alcaline tandis qu'on donnait aux autres du bouillon de viande pour exciter la sécrétion gastrique.

Malgré cette administration répétée de bouillon, les deux tiers des malades furent débarrassés de leurs douleurs spontanées et devinrent insensibles à l'acide sans alcalins. Il fallait s'y attendre d'ailleurs car la majorité des ulcéreux, sans aucun traitement particulier, arrivent à ne plus souffrir et les thérapeutiques les plus diverses sont capables d'amener des rémissions. La stimulation de la sécrétion gastrique par le bouillon ne parvient pas à arrêter le processus naturel de réparation spontanée de l'ulcère.

D'autre part, ces expériences ont montré que la neutralisation de HCl libre du suc gastrique par les alcalins accélère notablement l'apparition de la désensibilisation. La disparition de la douleur spontanée fut obtenue en 3 jours en moyenne, le test positif, plus durable, persistant pendant 10 jours. Pour les malades recevant le bouillon, les chiffres correspondants furent de 26 et 27 jours, la disparition de la douleur spontanée précédant de très peu la négativation de l'épreuve de l'acide.

Ainsi se trouve confirmée l'influence favorable du traitement par les alcalins sur le processus curateur de l'ulcère.

P.-L. Marie.

N. E. Clarke et **I. Black**. ***Résultats éloignés du traitement opératoire du goitre toxique.*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVI, n° 2, Août 1930). — La thyroïdectomie est devenue une thérapeutique presque universelle dans l'hyperthyroïdie et sa valeur immédiate dans les cas aigus est indéniable; mais les bénéfices éloignés qu'en retirent les malades sont plus discutables. En effet les méthodes employées pour en juger sont passibles de bien des critiques : contrôle trop hâtif des résultats, confiance trop aveugle accordée aux questionnaires adressés aux patients, optimisme exagéré des opérateurs, etc. Aussi C. et B. ont-ils eu recours à l'examen personnel, et à la détermination du métabolisme basal, en évitant de suggestionner le malade et de faire intervenir son chirurgien dans le jugement des résultats. De plus, ils ont attendu 2 ans et demi avant de les contrôler.

Leurs recherches ont porté sur 76 malades faisant partie d'un lot de 188 goitres toxiques soigneusement étudiés avant l'opération. Cliniquement ces hyperthyroïdiens étaient loin de présenter le même tableau clinique. Un facteur préopératoire capital est le poids du sujet. Toute perte de poids est importante pour le diagnostic et fournit un moyen de contrôle post-opératoire précieux. Or, 30 pour 100 des malades avant l'opération maintenaient leur poids ou augmentaient et parmi ceux-ci doivent se trouver pas mal de diagnostics erronés, névrose cardiaque, troubles du système végétatif, etc. La fréquence du pouls permit aussi de grouper les patients et de constater un parallélisme étroit avec les catégories établies d'après les variations de poids. La mortalité opératoire fut de 6 pour 100. Histologiquement il s'agissait le plus souvent d'adénome colloïde, l'hyperplasie thyroïdienne se montrant bien plus rare.

Parmi ces 76 malades contrôlés 2 ans 1/2 après la thyroïdectomie, 42 pour 100 n'avaient pas augmenté de poids; 46 pour 100 avaient encore un pouls plus fréquent que normalement; 44 pour 100 présentaient une amélioration seulement légère ou une rechute. Cet ensemble de chiffres concordants est impressionnant. Sur 64 opérés dont le métabolisme basal peut être mesuré, 7 avaient un chiffre inférieur à la normale; 43 un taux normal; 10 un chiffre supérieur à la normale et 2 un chiffre très exagéré. De nombreux opérés présentaient une pression sanguine qui s'était élevée. Chez un assez grand nombre on notait des signes de myxœdème : sensibilité au froid, œdème, rhumatisme. Enfin chez 63 pour 100 des opérés, persistait un état d'affaiblissement. Si l'on classifie les résultats d'une façon générale d'après l'ensemble de l'état physique, l'on trouve que 16 pour 100 des opérés sont en très bon état, bien que certains stigmates persistent habituellement, 40 pour 100 modérément améliorés, 34 pour 100 légèrement améliorés, et que 10 pour 100 ont eu des rechutes.

Chez beaucoup de patients le résultat final est donc loin d'être enthousiasmant. Mais il est probable qu'on pourrait l'améliorer en sélectionnant plus judicieusement les malades avant l'opération, le poids étant un guide fidèle. Pour C. et B. l'intervention chirurgicale n'est aucunement curative, ce n'est qu'une thérapeutique de substitution qui remplace l'hyperthyroïdie dominante par un état de myxœdème léger, sans toucher aux causes constitutionnelles primitives. Le problème chirurgical très difficile à résoudre est de déterminer la quantité de thyroïde à enlever. Il reste là un facteur de chance difficile à éliminer, la perfection du résultat chirurgical dépendant de l'équilibre réalisé entre l'hyperthyroïdie et le myxœdème provoqué.

La faillite de l'opération chez beaucoup de malades indique la nécessité impérieuse d'une collaboration étroite en pareil cas entre médecin et chirurgien. D'ailleurs l'hyperthyroïdie est avant tout du ressort de la pathologie interne; la guérison finale réelle ne peut être obtenue qu'en maîtrisant l'état constitutionnel, et non en rompant chirurgicalement une maille de la chaîne pathologique ou en substituant une maladie neutralisante moins pénible à l'affection primitive.

P.-L. Marie.

N. Fukué. ***La pulsation épigastrique; classification des épigastrogrammes*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVI, n° 2, Août 1930). — F. a enregistré la pulsation épigastrique de la même façon que celle de la jugulaire. Sous sa forme typique, l'épigastrogramme présente d'abord une onde *a* correspondant à la systole auriculaire, puis une onde *s* due au choc musculaire marquant le début de la systole ventriculaire, soulèvement brusque qui fait place à une large dépression *s* traduisant le mouvement de la région droite du cœur, tandis que l'élévation *s* correspond à celui de la partie gauche du cœur. Vient ensuite une onde *c* correspondant à la pulsation de l'aorte abdominale à laquelle succède une onde *d* due au relâchement soudain du muscle cardiaque au commencement de la diastole des ventricules et surtout du ventricule droit.

F. classifie les épigastrogrammes d'après leur forme. Il distingue des épigastrogrammes à onde *s* élevée, comprenant deux types, partiellement positif et positif. Chez les sujets sains et en particulier chez ceux ayant un cœur d'athlète, l'onde *s* s'élève à pic à l'inspiration. Le type positif se rencontre surtout dans les cardiopathies accompagnées d'hypertrophie et de dilatation du cœur gauche.

La hauteur de l'onde *d* a moins d'importance; elle se voit surtout dans l'emphysème pulmonaire, par suite de la cardioptose concomitante.

On rencontre l'épigastrogramme à onde *a* exagérément élevée non seulement dans les cardiopathies s'accompagnant de dilatation du cœur droit, mais souvent aussi chez des sujets sains ayant une grande distance de ptose (distance entre le sommet de l'angle sous-costal et le milieu de la ligne formée par le bord inférieur du cœur et l'angle sous-costal). Une grande élévation de l'onde *a* est caractéristique du cœur de béri-béri et peut même servir au diagnostic de cette affection.

L'épigastrogramme à onde *c* exagérée s'observe dans les cas de tachycardie et spécialement dans l'insuffisance aortique où cette particularité possède souvent une valeur diagnostique.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF NEUROLOGY and PSYCHIATRY (Chicago)

Courville. ***Ganglioglióme, tumeur du système nerveux central: revue de la littérature avec 2 cas personnels*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome II, n° 24, 3 Septembre 1930). — Cet article constitue une intéressante revue générale, comprenant en outre 2 cas personnels, sur les tumeurs des centres nerveux appelés jusqu'ici, suivant les auteurs, ganglioneuromes ou neurinomes. Le terme de gangliogliome est celui qui paraît le plus logique à C. parce qu'il exprime le nom des deux éléments cellulaires qui constituent ces néoformations.

70 cas en ont été rapportés dans la littérature, dont 18 se sont développés dans le système nerveux central : 1 dans le lobe frontal, 2 dans le lobe pariétal, 1 dans le lobe occipital, 4 dans le lobe temporal, 1 provenant du septum lucidum, 4 tu tuber cinereum, 1 de la glande pinéale, 2 du cervelet, 1 de la moelle cervicale, et 1 avec tumeurs multiples. Dans les 2 cas personnels rapportés par l'auteur, la néoformation s'était développée aux dépens du tuber.

Ces tumeurs contiennent des formes cellulaires primitives ou indifférenciées et des cellules adultes qui peuvent revêtir le type de cellules nerveuses ou d'éléments de glie. Les premières se présentent comme des éléments arrondis, et leur différenciation ultérieure se manifeste par leurs affinités chimiques plutôt que par leur aspect morphologique, les cellules nerveuses réduisant les composés argentiques, et les cellules de glie les colorants à l'or sublimé.

La genèse de ces tumeurs semble due au développement retardé de cellules indifférenciées qui, sous l'influence d'une irritation d'origine inconnue, revêtent le type néoplasique.

Les tumeurs de la région tubérienne se développent vraisemblablement aux dépens d'éléments jusque-là restés inactifs de cette région du diencéphale.

Le terme de gangliogliome ne tient pas compte de la présence de fibres nerveuses dans la tumeur, ce qui est logique puisque ces dernières ne sont qu'une émanation de la cellule. Dans les tumeurs des nerfs périphériques où le cylindraxe est revêtu d'une gaine, le terme de ganglioneurinome pourrait être admis.

H. Schaeffer.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

E. Rist. *Etude séméiologique sur les douleurs thoraciques et plus particulièrement sur celles que provoquent les affections de l'estomac* (*Annales de Médecine*, tome XXVIII, n° 3, Octobre 1930). — Dans cet important mémoire, R. expose d'abord les notions les plus importantes qui se dégagent des recherches faites par les physiologistes et les neurologistes sur la sensibilité douloureuse des tissus et des organes, depuis les travaux célèbres d'Albert de Haller (1751). C'est à Ross (1888) qu'on doit la notion de la douleur rapportée, et ses travaux furent repris par Head et par J. Mackenzie. La douleur viscérale ressentie dans l'organe malade, sourde, peut manquer, alors que la douleur rapportée à la surface du corps la dépasse de beaucoup en fréquence et en intensité, et Head a précisé les zones du tégument des algies rapportées correspondant aux affections viscérales.

C'est à la lueur de ces notions qu'il importe d'interpréter les algies thoraciques. Les algies thoraciques furent à tort considérées au début du siècle comme pouvant traduire un début de tuberculose. Poumon et plèvre viscérale sont insensibles à la douleur et les douleurs thoraciques de la pleurésie sont dues à l'inflammation de la plèvre pariétale. R. précise les caractères de la douleur rapportée dans la pleurésie diaphragmatique. L'irritation de la plèvre pariétale est parfois l'origine d'une douleur cervicale rapportée. Mêmes douleurs cervicales rapportées possibles dans certains états péritoneaux, par irritation des filets terminaux du phrénique.

Les affections parenchymateuses du poumon ne sont pratiquement douloureuses que si elles affectent la plèvre pariétale. On connaît l'algie précordiale et cubitale de l'angor pectoris, les douleurs thoraciques d'origine hépato-biliaire, etc.

Mais les douleurs thoraciques rapportées qui sont le plus souvent attribuées à tort à une affection pleuro-pulmonaire sont celles que détermine la souffrance de l'estomac et du duodénum. Ces douleurs siègent surtout à gauche, elles sont fréquentes au cours des affections organiques de l'estomac et du duodénum (ulcère, cancer), de dyspepsies diverses. Il convient d'insister surtout sur la ptose gastrique, qui entraîne souvent une douleur localisée dans l'espace interscapulo-vertébral gauche, et même à la base du cou, vraisemblablement par suite de la traction exercée sur le diaphragme par l'estomac ; cette douleur a son maximum dans la période digestive, surtout avec la station debout prolongée (Violet). Comme ces gastroptosiques ont nombre de troubles associés, on est souvent amené à penser à tort à une tuberculose pulmonaire. Il suffit d'une ceinture à pelote pneumatique pour faire disparaître tous les troubles et les algies thoraciques. Très fréquemment en cause est aussi la distension gazeuse de l'estomac par aérophagie, notamment chez des sujets atteints de rhinites postérieures (P. Ameuille et J. Tarneaud), qui se mouchent dans leur pharynx et non dans leur mouchoir, et sont amenés ainsi à l'aérophagie. Assez fréquemment intervient aussi la gastrite médicamenteuse, si fréquente chez les tuberculeux ou tuberculophobiques.

L. Rivet.

E. Rist, Doubrow et R. Froment. *Etude morphologique du terrain allergique dans la tuberculose pulmonaire* (*Annales de Médecine*, tome XXVIII, n° 3, Octobre 1930). — Dans ce travail très condensé, R., D. et F. présentent une étude histo-pathologique du tissu pulmonaire atteint de tuberculose, en fonction de l'état d'allergie.

On semble avoir exagéré le rôle des cellules dans l'évolution des lésions tuberculeuses et trop négligé celui des substances fondamentales intercellulaires, alors que c'est au niveau de la substance fondamentale conjonctive que se déroulent les phénomènes primitifs et que se joue avec le plus de netteté la réaction allergique.

La *lésion initiale* est une lésion exsudative, constituée par un épanchement intra-tissulaire à la fois cellulaire et liquidien, avec son coagulum fibrineux, englobant quelques éléments cellulaires en voie de nécrose de coagulation, que la lésion initiale soit anté-allergique ou déjà allergique. L'allergie, en effet, n'influe pas sur la morphologie de la lésion initiale, mais tient sous sa dépendance son évolution morphologique et biologique.

L'apparition de l'allergie se traduit par l'aptitude de la fibrine de l'exsudat initial à se transformer soit en collagène (métamorphisme collagène de Nageotte), soit en une substance hyaline.

En cas d'anergie, la fibrine reste passive et subit une caséification plus ou moins rapide et complète.

Les lésions allergiques de première inoculation présentent une tendance plus ou moins prononcée à la limitation par enkystement fibreux, le tissu fibreux étant l'aboutissant du métamorphisme collagène de la fibrine, pouvant, dans l'allergie du second degré, se transformer en substance hyaline.

Les bacilles de Koch, abondants dans les lésions anté-allergiques et méta-allergiques de primo-infection, sont rares dans les foyers caséeux enkystés et exceptionnels dans les lésions fibreuses parsemées de nodules giganti-cellulaires. Il est impossible de dire si les bacilles sont définitivement détruits au niveau des tissus allergiques ou s'ils s'y cantonnent à l'état de virus filtrables.

Dans les *tuberculoses miliaires*, chez le nourrisson, les lésions folliculaires siègent surtout dans les cloisons interlobulaires et particulièrement dans les parois vasculaires dont l'inoculation se fait par les *vasa vasorum*, alors que les lésions exsudatives occupent le parenchyme alvéolaire, l'abondance des bacilles trahissant la nature anté-allergique de l'affection. Chez l'adulte, la miliaire anergique, fort rare, se traduit par des lésions toutes exsudatives. Les miliaires allergiques sont les plus fréquentes : la forme aiguë ou subaiguë est essentiellement folliculaire, avec apparition rapide du métamorphisme collagène de la fibrine, de la sclérose, et apparition consécutive des follicules giganti-cellulaires, et la rapidité de son évolution montre bien que les lésions tuberculeuses ne guérissent pas par sclérose ; dans les granulies froides ou tuberculoses miliaires chroniques, l'étendue de la sclérose est considérable et ces formes constituent un trait d'union entre les formes miliaires et les formes fibreuses de la tuberculose allergique.

Le *réveil* de la tuberculose pulmonaire dans l'organisme adulte allergique peut être brusque ou insidieux. L'ancien chancre d'inoculation ne subsiste plus qu'à l'état de vestige cicatriciel ; le réservoir des bacilles tuberculeux est dans les ganglions hilaires ayant fait partie du complexe primaire de la lésion initiale de l'enfant. Ces ganglions ne sont pas notablement augmentés de volume, mais entourés d'une coque plus ou moins épaisse de péri-adénite fibreuse. Cette sclérose périganglionnaire fait que les lymphatiques afférents sont oblitérés. Par contre, au moment du réveil de l'infection tuberculeuse chez l'adulte, on note l'apparition de capillaires sinusaux néoformés, d'où l'ensemencement facile du torrent sanguin par les bacilles tuberculeux, qui seront lancés vers la circulation pulmonaire, et, comme les ganglions du hile sont situés dans la région de la branche supérieure de l'artère pulmonaire, ce sont les lobes supérieurs des poumons qui sont surtout exposés à recevoir les germes issus des ganglions hilaires. Histologiquement, se produit une lésion allergique avec un rapide enkystement provisoire des lésions, et caséification et élimination, très rapides aussi, du foyer central, d'où la précocité d'apparition de la caverne. L'élimination par la bronche de drainage crée une nouvelle voie de propagation des bacilles, la voie bronchique aérienne, et explique pourquoi les lésions allergiques de l'adulte s'accompagnent toujours d'une expectoration bacillifère. Enfin, les lymphatiques étant bloqués par la sclérose jeune, ceci explique qu'au cours de la tuberculose allergique de l'adulte, il n'y ait pas de nouvelle adénopathie similaire.

L. Rivet.

A. Soulas. *Les hémorragies trachéales* (*Annales de Médecine*, tome XXVIII, n° 3, Octobre 1930). — En présence d'une hémoptysie chez un malade en apparence bien portant, les examens clinique, radiologique et bactériologique doivent d'abord être mis en jeu pour éliminer la tuberculose pulmonaire, le rétrécissement mitral et les autres affections variées d'ordre général qui peuvent être en cause. Si les réponses à ces recherches sont négatives, les voies aériennes supérieures seront inspectées : si cet examen est lui aussi négatif, il faut pratiquer l'examen de l'arbre trachéo-bronchique.

L'endoscopie peut être pratiquée d'une manière courante et sans danger. Elle éclaire certains cas d'hémorragie banale de la trachée, dont la rareté n'est pas si grande qu'on pourrait le supposer. S. en relate 9 observations. Il s'agit de lésions exulcératives, dont la pathogénie est loin d'être éclairée, et qui paraissent dues à un état local particulier de la muqueuse trachéale, associé à un certain degré de catarrhe. Les cautérisations *in situ* amènent la guérison de ces « crachements de sang », mais cette guérison doit être confirmée par l'épreuve du temps.

L. Rivet.

H. Wohlers (Davos). ***La guérison naturelle des cavernes pulmonaires tuberculeuses*** (*Annales de Médecine*, tome XXVIII, n° 4, Novembre 1930). — Après avoir longuement discuté les théories sur la pathogénie de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte, exposé la pathogénie des cavernes et leurs diverses classifications, W. relate 29 observations de cavernes de divers degrés terminées par guérison naturelle.

Les cavernes de la 1re classe sont des cavernes à paroi flasque, de formation récente, localisées dans la région moyenne du poumon, entourées d'un parenchyme pulmonaire peu infiltré. Elles ont un bon pronostic et guérissent habituellement spontanément et de façon rapide, en quelques mois ou même quelques semaines, par la simple cure de repos et sans aucun adjuvant thérapeutique, sans établissement d'un pneumothorax.

Les cavernes de la 2e classe, à parois molles, siégeant au sommet ou près du hile, ou noyées dans une infiltration importante, doivent être soumises d'abord à une cure de repos de deux à trois mois, avant d'instituer le pneumothorax, si la cure de repos échoue.

Les cavernes de la 3e classe, dont les parois sont sclérosées, formées d'une coque demi-cartilagineuse dans les cas extrêmes, ou de localisation défavorable aux bases ou mal drainées ou enfin de très grandes

dimensions, peuvent guérir spontanément, par fibrose, accompagnée de fortes rétractions, déviations, emphysème péricavitaire et dilatations bronchiques, modifiant fortement la statique du système cardio-pulmonaire. Ces cas sont justiciables, le plus souvent, d'une intervention chirurgicale.

L. Rivet.

R. Fontaine et **A. Jung** (Strasbourg). ***Contribution à l'étude de l'action hypotensive de certains extraits organiques*** (*Annales de Médecine*, tome XXVIII, n° 4, Novembre 1930). — F. et J. exposent les résultats de leurs recherches expérimentales sur le chien et le lapin.

Il est très facile de préparer, en partant des organes les plus variés, des extraits à action hypotensive, les plus actifs étant obtenus avec des macérations acides. Les extraits les plus actifs sont ceux d'origine pancréatique, pulmonaire, hépatique et rénale, cités dans l'ordre d'activité décroissante. Ces extraits, injectés par voie endoveineuse, provoquent une hypotension aiguë dont on peut isoler deux types : un type dépresseur et un type pneumogastrique, aucun de ces types n'étant spécifique d'un seul organe donné. L'extrait pancréatique du commerce (angioxyl) donne les mêmes réactions que les autres extraits.

Chimiquement, les substances hypotensives sont probablement multiples, mais banales, sans toutefois qu'on puisse dès maintenant fixer leur nature précise.

Le mécanisme de l'hypotension ainsi provoquée est encore en grande partie inconnu. Toutefois, F. et J. ont pu montrer que le principe hypotenseur est arrêté par le foie, lorsqu'on injecte l'extrait dans la veine porte. Son action n'est empêchée ni par la section des dépresseurs, ni par la double vagotomie, ni par la section des deux splanchniques, ni par la section associée de tous ces nerfs. Elle n'est pas modifiée par l'atropine, ce qui semble reporter son action tout à fait à la périphérie par un effet direct sur le réseau nerveux intramural.

L. Rivet.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

G. Mouriquand et **G. Charleux**. ***Résultats éloignés et évolution du diabète infantile traité par l'insuline*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 267, 20 Février 1931). — L'insulinothérapie a transformé le pronostic immédiat du diabète infantile : un diabète ordinaire d'enfant, avant cette thérapeutique, évoluait en deux ans environ ; depuis l'emploi de l'insuline (remontant à huit ans), cette durée est triplée, quadruplée, et l'avenir montrera sans doute la possibilité de survies très longues.

L'analyse de 11 cas personnels de M. et C. montre des réactions diverses suivant les cas traités :

1° Dans certains cas, les caractéristiques de l'état diabétique disparaissent complètement sous l'action de l'insuline, et des cures discontinues peuvent permettre le maintien de cet état favorable. Ces faits sont, malgré tout, l'exception.

2° Dans d'autres cas, plus nombreux semble-t-il, l'état général est seul amélioré et les symptômes caractéristiques du diabète persistent plus ou moins. Dans ces cas difficilement réductibles, faut-il parler d'insulino-résistance ? Pour les uns, celle-ci existerait bien ; pour d'autres, elle ne serait que le résultat d'une diététique mal comprise ou mal exécutée (M. Labbé).

Il est, d'autre part, important d'envisager les complications du diabète au cours de l'insulinothérapie :

Le *coma* est guéri dans nombre de cas. Il semble pouvoir être, dans la majorité des cas, indéfiniment repoussé. Les causes déterminantes ou adjuvantes sont généralement écartées.

La *tuberculose*, exceptionnellement observée chez l'enfant diabétique avant l'emploi de l'insuline, paraît plus fréquente, non pas qu'elle soit favorisée par cette thérapeutique, mais sans doute parce que celle-ci, permettant une survie plus longue, donne aux lésions tuberculeuses le temps d'évoluer.

Les *maladies infectieuses* se déroulent en général sans complications graves (coma) grâce à l'insuline.

Les *opérations chirurgicales*, comme chez l'adulte, sont rendues moins graves par l'emploi de l'insuline chez le diabétique jeune.

Au cours de l'évolution du diabète infantile peut apparaître un *syndrome — gros foie, grosse rate, ascite* — d'un pronostic grave, souvent mortel malgré l'emploi de fortes doses d'insuline.

La *croissance* est parfois arrêtée, mais non toujours, chez le diabétique. D'autre part, le diabète apparaît assez souvent chez l'enfant au moment d'une grande poussée staturale pubertaire ou prépubertaire.

Les incidents du traitement insulinien prolongé revêtent, soit l'allure d'accidents sériques, soit celle d'accidents anaphylactiques ou hypoglycémiques. Ces derniers seront combattus par les moyens habituels.

Par l'insuline, le diabète si rapidement évolutif de l'enfant est mis au ralenti. Certaines améliorations importantes peuvent permettre d'espérer sa guérison; mais des faits probants n'ont pas encore démontré la possibilité de celle-ci.

M. Péhu, **A. Policard** et **J. Boucomont**. ***Etudes d'anatomo-radiologie : documents nouveaux sur les ostéopathies syphilitiques de la 1re enfance*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 267, 20 Février 1931). — Après examen de nombreux films radiographiques appartenant à leur collection et en se basant sur des recherches exécutées par certains auteurs, P., P. et B proposent une classification générale des ostéopathies observées dans la syphilis congénitale de la première enfance. Cette classification s'appuie à la fois sur les aspects radiographiques offerts par les os et sur l'anatomie pathologique.

On peut distinguer :

1° L'*ostéochondrite*, la première en date, à début intra-utérin, qui comporte trois degrés ;

2° La *périostite ossifiante* qui succède à l'ostéochondrite ;

3° Les *raréfactions osseuses*. P., P. et B. désignent sous ce nom général des images radiographiques diverses. Sous un même aspect évoluent des *gommes* vraies, authentiques, des *foyers localisés d'ostéite fibreuse*, ou encore des *zones dans lesquelles les travées osseuses se sont considérablement élargies* par résorption excessive et où l'ostéogénèse demeure incomplète. Les images, identiques sur les films, correspondent à des lésions différentes. Très souvent, sous l'influence d'un traitement spécial, elles se transforment et sont remplacées par l'image de l'os normal ;

4° Les *productions exubérantes hyperplasiques*, siégeant sur les extrémités osseuses, et qu'on peut opposer aux précédentes ;

5° Certaines *bandes transversales*, en forme de ruban plus ou moins large, occupant la partie de la diaphyse osseuse voisine de l'épiphyse ; elles commencent pendant la vie intra-utérine et traduisent un trouble de l'ostéogénèse sous la dépendance de la syphilis héréditaire.

Ces variétés diverses ne se présentent pas avec une égale fréquence. Les deux premières sont l'apanage constant de la syphilis. Les raréfactions osseuses sont moins souvent observées. Les deux dernières sont rares.

Les unes et les autres traduisent, suivant une expression en apparence différente, un processus engendré par la syphilis congénitale pendant la vie intra-utérine et qui se continue, par lui-même ou dans ses conséquences, pendant les premiers mois après la naissance.

Ch. Gardère. ***Le facteur alimentaire dans la constipation du nourrisson*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 267, 20 Février 1931). — La constipation d'origine alimentaire est assez fréquente chez le nourrisson, surtout au cours de l'allaitement artificiel. Elle reconnaît deux causes principales : l'hypo-alimentation sous ses diverses formes étiologiques, l'intolérance congénitale ou acquise pour le lait.

L'intolérance, très rare dans l'allaitement au sein, est fréquente dans l'allaitement artificiel. Le lait de vache, par sa constitution chimique et biologique, impose au tube digestif du nourrisson un surcroît de travail que tous les enfants ne fournissent pas avec la même facilité, d'où intolérance fréquente. La constipation en est une des formes les plus bénignes. Ce qui caractérise cette variété de constipation, c'est sa persistance, sa tendance à s'accentuer progressivement, et un retentissement sur l'organisme tout entier, se traduisant par des troubles nerveux, cutanés, l'insuffisance hépatique et une hypotrophie plus ou moins accentuée. La dyspepsie du lait de vache, qui débute par une phase de constipation, représente une forme plus grave d'intolérance.

A l'époque du sevrage et de l'ablactation, le régime trop prolongé des bouillies au lait, l'usage des œufs, l'insuffisance des légumes frais et des fruits sont les causes principales.

Le traitement prophylactique consiste à régler dès le début de l'allaitement le régime alimentaire, afin d'éviter la suralimentation qui entraîne l'intolérance. Une fois la constipation apparue et persistante, il y a lieu de modifier le régime alimentaire : utiliser des laits modifiés, ou, mieux, diminuer la quantité de lait frais et ajouter des farines sous forme de décoctions ou des bouillies maltées. Introduire de bonne heure des purées, des légumes verts, des fruits crus dans l'alimentation, donner les œufs avec prudence, utiliser la cure de grand air, l'héliothérapie et les ultra-violets qui améliorent rapidement la nutrition et diminuent l'intolérance alimentaire.

A. Dufourt. ***Primo-infection et réinfection tuberculeuses chez l'enfant*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 267, 20 Février 1931). — L'auteur signale l'opposition qui existe, au triple point de vue anatomique, clinique et pronostique, entre la primo-infection et les réinfections tuberculeuses chez l'enfant.

La *primo-infection*, dans laquelle le principal rôle semble bien ne pas être tenu par le virus tuberculeux sous la forme bacillaire bien connue, produit des lésions congestives ou granuliques : elle n'a pas d'expression fibro ou ulcéro-caséeuse. Dans l'ensemble des cas, la primo-infection est bénigne; la granulie n'est pas très fréquente; les lésions congestives guérissent spontanément.

Les *infections secondes*, se multipliant sur un terrain de plus en plus allergique, sont toujours et de plus en plus sous la dépendance de la forme cireuse bacillaire de Koch. Elles créent des lésions de type fibro et ulcéro-caséeux. Leur pronostic est, de ce fait, très grave et essentiellement différent de celui de l'infection première.

REVUE SUD AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

J. Bittencourt (Porto Alegre, Brésil). ***A propos d'un cas de spondylose rhizomélique*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome I, n° 8, Août 1930). — B. relate par le détail l'observation d'un homme de 23 ans, chez lequel l'affection débuta, à l'âge de 15 ans, par des phénomènes douloureux au niveau des hanches et du rachis. On retrouve chez lui des caractères essentiels décrits par Pierre Marie, avec quelques


SIROP DUBOIS
AU
CRÉOSAL
GOÛT AGRÉABLE
MALGRÉ HAUTE
TENEUR EN
PRINCIPES
ACTIFS
TOUX
SOUS
TOUTES
SES
FORMES
TOUX
SOUS
TOUTES
SES
FORMES
LITTÉRATURE–ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
20, Rue du Laos — PARIS.

particularités : soudure du rachis à progression ascendante et épargnant plus ou moins longtemps le cou; cyphose marquée en un point du rachis déterminant secondairement une modification de direction de la colonne, qui diffère de la courbure progressive que l'on rencontre dans les autres affections du rachis; ankylose des articulations coxo-fémorales et scapulaires, la seconde seulement relative; l'ankylose des genoux s'est réalisée tout récemment, à la suite d'une poussée aiguë fébrile; immobilité respiratoire. L'affection succède au refroidissement ou à l'exposition à l'humidité; début au cours de l'adolescence, douleurs périodiques le long de la colonne vertébrale et au niveau des articulations atteintes, cédant avec l'apparition de l'ankylose; réduction marquée des phosphates urinaires et phénomènes douloureux se superposant aux précédents et caractéristiques d'une arthrite aiguë.

L'étude radiologique montre une calcification partielle des ligaments interépineux, avec disques inter-vertébraux opacifiés et obscurs, contrastant avec la teinte grisâtre des corps vertébraux atteints d'ostéoporose. La diminution de la hauteur des corps vertébraux est proportionnelle à la déformation du rachis.

On note l'aspect caréné du thorax, dû vraisemblablement au refoulement des viscères abdominaux vers le diaphragme, lié à la réduction considérable de la cavité abdominale. Il y a aplatissement antéro-postérieur du bassin.

B. repousse pour son malade l'étiologie blennorragique, tuberculeuse ou syphilitique, mais admet un facteur endocrinien. Etat mental infantile. Jamais de rapports ni de désirs sexuels, bien que les organes soient normalement développés.

L. Rivet.

P. Escudero (Buenos-Aires). ***Les maladies de la nutrition par dysharmonie*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome I, n° 9, Septembre 1930). — Les observations relatées par E. démontrent expérimentalement et cliniquement qu'il est nécessaire d'établir une proportion harmonieuse dans la répartition des composants — hydrates de carbone, protéines et graisses — du régime alimentaire. Si cette harmonie est rompue, il peut apparaître un état morbide, même si les autres éléments de l'équilibre alimentaire ont été sauvegardés : sels, vitamines, amino-acides fondamentaux et eau.

Lorsque, chez l'animal, cette dysharmonie consiste en une prédominance des graisses, on constate non seulement une perturbation marquée de l'équilibre du glucose (augmentation du glycogène hépatique, légère hyperglycémie), mais encore de notables transformations dans la structure des organes (Barquesi). Cette dysharmonie entrave la croissance et abrège la vie de l'animal (Gigon et Crutto).

Chez l'homme, l'alimentation unilatérale à base de graisses détermine rapidement un trouble du métabolisme des glucoses, trouble d'origine fonctionnelle qui disparaît rapidement par le changement de régime. On peut dans ce cas expliquer les troubles par un manque d'équilibre entre les graisses et les sucres ingérés. Mais le même trouble du métabolisme des sucres s'observe aussi quand le régime unilatéral est à base de protéines, sans que pour cela on puisse tirer une conséquence au sujet du rapport graisse-glucose.

La vie ordinaire réalise assez rarement des conditions analogues à celles de l'expérience. Mais, dans les maladies du métabolisme, la dysharmonie peut se montrer sans arriver aux extrêmes qui ont été réalisés par l'expérimentation. Le diabète est, à cet égard, la maladie-type. Dans un cas de vomissements cycliques acétoniques, P. E. a établi l'existence d'un métabolisme gras défectueux, lié à la dysharmonie de l'alimentation. L'avenir apprendra si ces considérations peuvent s'appliquer à tous les cas de ce genre.

E. pense, avec Randoin et Simonnet, que les déréglements, même légers, de l'alimentation, ne se traduisent pas immédiatement par des troubles, mais peuvent à la longue déterminer des maladies chroniques.

L. Rivet.

Martagão Gesteira (Bahia). ***Le paludisme chez l'enfant (Quelques réflexions touchant le problème thérapeutique)*** (*Revue Sud-Américaine de médecine et de chirurgie*, tome I, n° 9, Septembre 1930). — Les arséno-benzènes ne doivent être employés qu'exceptionnellement dans le paludisme infantile. Avec Miguel Couto, G. préfère de beaucoup la quinine au bleu de méthylène. Mais la dose classique de 10 centigr. de quinine par année d'âge lui paraît insuffisante. Il faut frapper fort, dès le début, avant la formation des gamètes. La plupart des cas de quinino-résistance observés chez l'enfant sont dus à des doses trop faibles ; la dose ne peut d'ailleurs être calculée ni suivant l'âge, ni suivant le poids.

Malheureusement la marge est assez minime entre la dose utile et la dose toxique et les cas d'idiosyncrasie sont assez fréquents. De plus, il est assez délicat d'interpréter, chez le nourrisson, les premiers symptômes toxiques, qu'il convient de ne pas prendre pour des manifestations palustres, tels certains accidents éclamptiques, dont G. relate des cas intéressants. Il rapporte également deux cas d'amblyopie quinique, chez des malades traités par des injections de quinoforme et des potions de quinine : les accidents disparurent après cessation du traitement.

G. repousse les injections intra-veineuses de quinine, sauf pour les cas très graves de paludisme pernicieux. La voie gastrique se heurte à l'amertume du médicament, les produits insipides étant moins actifs. Les injections intra-musculaires ont l'avantage d'une absorption rapide et certaine ; mais elles sont douloureuses et exposent à des abcès ; G. emploie volontiers le produit de Rangel, ou la dilution d'une ampoule de 25 à 50 centigr. de quinine dans une ou une demi-ampoule de lantol. Par voie rectale, les solutions concentrées sont mal tolérées ; Suzuki conseille des solutions diluées à 25 ou 50 cgr. pour 100, dont G. a obtenu de bons résultats; il leur ajoute, pour renforcer l'action de la quinine, 10 à 15 centigr. de bleu de méthylène.

L. Rivet.

LE SCALPEL

(Bruxelles)

Bourg. — ***La dysplasie périostale et l'ostéopsathyrose*** (*Le Scalpel*, tome LXXXIII, n° 39, 27 Septembre 1930). — B. a eu l'occasion d'observer un cas de cette affection étonnante et encore peu connue, dénommée *dysplasie périostale* ou *ostéogenèse imparfaite*, chez un nourrisson de 2 mois qui lui avait été amené pour être opéré d'une hernie inguinale double.

Cet enfant, le 6e d'une famille dont tous les autres membres étaient parfaitement bien constitués, était né à la suite d'un accouchement normal, mais il semble cependant que la mère ait souffert d'une intoxication gravidique assez sérieuse.

Ce qui frappait, chez cet enfant, c'était son aspect trapu, avec des membres inférieurs très courts et très incurvés, faisant penser à un rachitisme très précoce. Mais il ne présentait ni malformations cranio-faciales, ni nouures épipophysaires, ni chapelet costal. Ses tibias étaient fortement incurvés et saillants au tiers inférieur; ses fémurs présentaient également un épaississement considérable au niveau de leur incurvation; les humérus offraient à leur tiers supérieur une tuméfaction bilatérale; même constatation au niveau du milieu de l'avant-bras dont la supination était difficile et douloureuse; les mains et les pieds étaient élargis et épaissis au niveau du métacarpe et du métatarse. Pas de douleurs particulières à la palpation du squelette.

La radiographie de tout le squelette permit des constatations curieuses. Elle montra l'existence d'une trentaine de fractures localisées à tous les os, depuis les clavicules, en passant par les côtes, jusqu'au métacarpien du pouce. Les grandes diaphyses sont cassées en deux et trois places. Ces fractures sont rendues particulièrement visibles par la formation de cals exubérants; elles n'ont entraîné de grosses déformations qu'au niveau des fémurs et des tibias. Le caractère presque parfaitement symétrique de ces lésions est frappant; le siège des fractures est à peu près superposable aux deux membres. L'aspect radiographique du crâne est parfait; le bassin est également indemne.

L'enfant fut soumis à un traitement par l'extrait thyroïdien et les rayons ultra-violets, car l'étiologie de cette affection paraît être un trouble du métabolisme du calcium lié sans doute à une insuffisance endocrinienne, thyroïdienne ou parathyroïdéenne. Cela ne l'a pas empêché, après 2 mois de traitement, de refaire une nouvelle fracture du tibia. Depuis, il a été perdu de vue.

La dysplasie périostale, ou ostéogenèse imparfaite, beaucoup plus fréquente chez les filles que chez les garçons, se caractérise cliniquement par une fragilité osseuse remarquable existant dès la naissance. Radiographiquement, le cartilage de conjugaison paraît normal; le noyau épiphysaire ossifié est également de volume normal, mais la paroi diaphysaire compacte est réduite à une mince ligne à peine visible et d'épaisseur très inégale et tout l'aspect de la diaphyse est soufflé et flou: le contraste entre la substance osseuse et les tissus mous est beaucoup moins net que normalement. En résumé, *la substance osseuse compacte diaphysaire est très réduite en quantité et en qualité :* cela explique aisément la très grande fragilité de ces os. Cette malformation de la substance osseuse diaphysaire intéresse donc plus spécialement la portion naissant aux dépens du périoste, d'où le nom donné à cette affection.

Cependant, les fractures se réparent avec rapidité, peut-être même plus vite que normalement; elles peuvent d'ailleurs fréquemment passer inaperçues cliniquement. Les cals, exubérants au début, diminuent rapidement de volume et, au bout d'un temps, ne sont plus perceptibles. Le crâne s'ossifie d'habitude tardivement, les fontanelles persistent, élargies pendant longtemps. Le plus souvent, ces petits malades meurent avant la fin de la première année.

La tendance actuelle est de considérer la dysplasie périostale et l'ostéopsathyrose qui, elle, se manifeste plus tardivement chez le grand enfant et se continue chez l'adulte, se caractérisant par des fractures très nombreuses, très faciles et répétées, comme deux aspects différents d'une même malformation de l'os. La dysplasie périostale serait la forme grave, aiguë, précoce et mortelle, l'ostéopsathyrose la forme atténuée et tardive.

Le symptôme — fragilité osseuse ou ostéopsathyrose — se rencontre d'ailleurs chez le petit enfant dans d'autres affections que la dysplasie périostale et l'ostéopsathyrose vraie où il constitue la maladie elle-même; ainsi, on le rencontre dans le rachitisme grave, dans l'hypotrophie marquée, peut-être aussi dans la syphilis congénitale osseuse, de même que dans l'ostéomalacie infantile dont les limites sont encore mal définies. Mais l'allure clinique et radiographique de ces cas paraît légitimer leur séparation nette d'avec cette maladie bien caractérisée dont nous venons de décrire un exemple : la dysplasie périostale ou ostéogenèse imparfaite.

J. Dumont.

BOLLETTINO della SEZIONE ITALIANA della SOCIETA INTERNAZIONALE DI MICROBIOLOGIA (Milan)

A.-F. Canelli (Milan). ***Sur la réaction de Wassermann dans l'aortite syphilitique*** (*Bollettino della Sezione italiana della Società internazionale di Microbiologia*, tome III, fasc. 2, Février 1931). — Pour le diagnostic précoce de l'aortique syphilitique, et aussi pour son pronostic, nous possédons aujourd'hui, en dehors de la clinique, deux moyens très importants : la radiologie et la réaction de Wassermann.

En ce qui concerne spécialement cette dernière, il est bien connu que l'aortite, parmi toutes les manifestations tardives de la syphilis, est celle où la positivité de la réaction de Wassermann est le plus fréquente et le plus intense. Toutefois, dans plusieurs cas, C. a pu constater que la R.-W était, pour le même individu, tantôt positive et tantôt négative, de 2, 4 ou 8 jours. Or, il s'agissait d'individus incontestablement syphilitiques, qui n'avaient jamais été traités ou qui ne l'avaient été que très sommairement, qui n'étaient point artérioscléreux et qui avaient été soumis à la réactivation. Dans ces cas, la positivité de la R.-W n'était jamais très marquée.

Recherchant la cause de ce fait, C. a remarqué qu'assez souvent, lorsqu'il faisait la réaction sur le sérum de sang prélevé le jour même ou bien le jour précédent, la R.-W était également négative avec tous les antigènes employés, tandis que si l'on répétait la même réaction, dans les mêmes conditions, avec du sérum de sang prélevé 2 ou 3 jours auparavant, elle était, au contraire, faiblement positive. C. insiste sur le fait que la R.-W était faiblement positive, car il y a de fortes différences lorsque la positivité est très marquée, soit dans l'une ou dans l'autre condition de prélèvement.

Les différences apparentes qui existent entre plusieurs réactions de Wassermann faites sur le sérum d'un individu à la distance de quelques jours peuvent être expliquées vraisemblablement par un état physique et chimique particulier du sang (peut-être colloïdal ?) qui se forme et qui se modifie selon des circonstances que nous ignorons, lorsque le sang est hors de la circulation, et qui sont en relation avec la date du prélèvement. Cet état physique et chimique particulier aurait une action sur le mécanisme assez complexe de la réaction de Wassermann, action qui pourrait arriver jusqu'à avoir une influence sur la déviation du complément.

En tout cas, au point de vue pratique — et c'est la raison pour laquelle C. a cru devoir rédiger cette note — il faut retenir ce fait, que la R.-W doit être faite en temps opportun et surtout jamais sur le sérum de sang récemment prélevé.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

J. von Moscy. ***Recherches sur l'origine du murmure vésiculaire*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXVIII, nos 5 et 6, Août 1930). — Par une série de recherches diverses et de considérations, M. montre que le murmure vésiculaire ne peut naître ni dans le larynx, ni au niveau des bifurcations des voies aériennes; les sons nés dans ces organes contribuent, jusqu'à un certain point, à la constitution de ce qui est entendu par auscultation. Mais ils existent aux deux temps, contrairement au murmure vésiculaire qui n'existe guère qu'à l'inspiration.

Des considérations physiques conduisent à admettre que le murmure vésiculaire doit naître à l'endroit où les bronchioles s'abouchent dans les acini pulmonaires. Avec une plaque perforée de 49 trous, recouverte d'un côté par une membrane de caoutchouc et plongée sous l'eau, M. est arrivé, en appuyant sur la membrane, à faire apparaître sur l'autre face de la plaque des bulles d'air dont il diminue ou augmente le volume à volonté. En auscultant avec un stéthoscope spécial, il a pu entendre le bruit formé par l'arrivée de l'air dans les bulles pendant qu'elles augmentent de volume. Ces bruits sont tout à fait semblables au murmure vésiculaire. Pendant la diminution de volume, il ne se produit aucun bruit.

Les observations de M. montrent qu'on ne saurait attribuer le murmure vésiculaire à la somme des ébranlements brusquement produits par la distension des alvéoles, comme le voudrait Gerhardt, ni à de simples remous aériens à l'intérieur des alvéoles, comme l'admet Fleisch. Marek pense qu'à l'intérieur de l'acinus il se produit, au début de l'inspiration, un abaissement de la pression atmosphérique qui a pour conséquence une arrivée énergique d'air suivie d'une surpression. Mais les nouvelles recherches acoustiques ne permettent pas d'admettre cette interprétation. Sous l'influence du courant d'air qui pénètre, l'air immobile à l'intérieur du lobule est mis en mouvement au début de l'inspiration et provoque ainsi, avec une certaine périodicité, des arrêts du courant qui pénètre.

P.-E. Morhardt.

Karl L. Pesch et Friedrich-Elisabeth Koch. ***La signification de la réaction de fixation du complément de Neuberg-Klopstock dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXVIII, nos 5 et 6, Août 1930). — Les extraits alcooliques préparés selon la méthode de Neuberg et Klopstock ont été employés pour rechercher la réaction de fixation du complément chez 313 malades. Chez 98 individus atteints de tuberculose, l'inhibition de l'hémolyse a été totale 42 fois et partielle 15 fois avec 0,1 cmc de sérum et le complément à 5 pour 100. Chez 20 individus sains, la réaction a été négative. Chez 24 syphilitiques à réaction de Wassermann positive, la réaction a été 6 fois négative et 8 fois positive.

En employant 0,2 à 0,4 cmc de sérum et en dosant le complément, la réaction est restée négative chez 20 individus sains. Sur 29 malades, il y en a eu 5 qui ont donné une réponse positive sans cependant présenter de signe physique de tuberculose. Un contrôle aux rayons X n'a pas été fait pour ces derniers cas.

Chez 69 scarlatineux, la réaction avec 0,4 cmc de sérum a été positive 7 fois. Avec une dose ordinaire de sérum, elle a été positive 6 fois et, chez ces malades, il existait une tuberculose pulmonaire restée latente jusqu'à ce moment.

En augmentant ainsi ces doses de sérum, on a fait passer la proportion des réponses positives chez les tuberculeux de 36 à 70 pour 100. Chez les tuberculeux légèrement atteints, le nombre des réponses positives a pu être même porté de 8 à 62 pour 100.

P.-E. Morhardt.

A. Bottner et C. E. Schuntermann. ***Recherches sur la résorption perlinguale et sur les effets à distance déterminés par cette méthode sur les viscères ainsi que sur sa signification thérapeutique*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXVIII, nos 5-6, Septembre 1930). — B. et S. font d'abord un historique de la méthode perlinguale d'administration de médicament qui remonterait à Tode, comme en témoigne un écrit de Nicolai de 1798.

Il est assez difficile de se rendre compte si cette méthode permet réellement de faire pénétrer des médicaments dans l'organisme, parce que la substance mise dans la bouche risque d'être avalée. L'auteur cependant est arrivé, avec certaines personnes et notamment chez lui-même, à conserver pendant trois heures dans la bouche une solution d'iodure de potassium. Comme il fallait s'y attendre, l'iode de cette solution est retrouvée très rapidement dans l'urine.

Les recherches étaient intéressantes également avec l'insuline. D'ailleurs quelques auteurs avaient déjà eu l'impression qu'on peut abaisser le sucre du sang en administrant ce médicament par la méthode perlinguale. B. et S. placent dans la bouche 40 unités d'insuline et dosent le sucre du sang toutes les 10 minutes. Ils constatent ainsi une hyperglycémie initiale suivie d'une hypoglycémie atteignant 50 milligr. et accompagnée d'excitation, de sueurs et de vertiges. Ces observations ont été faites jusqu'ici sur 60 cas. Cette hyperglycémie initiale montre qu'il n'y a pas les différences qu'on croyait entre l'insuline et la synthaline qui elle aussi provoque une hyperglycémie initiale décrite avant celle de l'insuline.

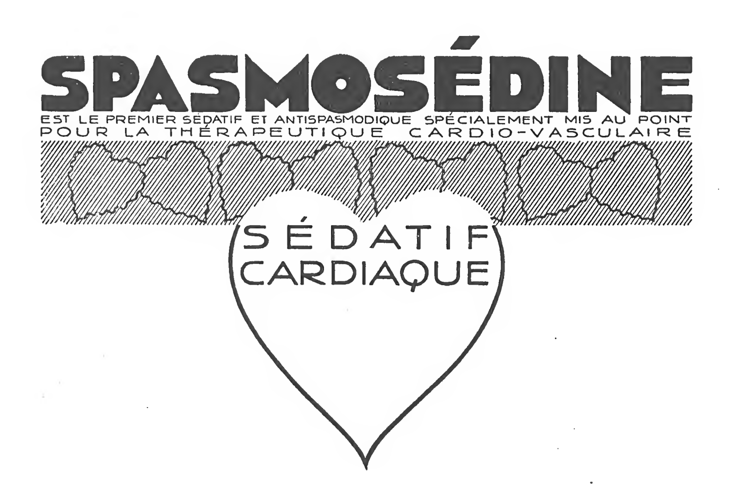
En utilisant des sondes gastriques et duodénales d'un diamètre réduit et d'une consistance particulière, B. et S. ont pu suivre ce qui se passe au point de vue sécrétion soit dans l'estomac, soit dans le duodénum, soit encore dans les deux organes à la fois, tandis que l'individu en observation conserve dans la bouche un liquide dont on veut étudier les effets sur les sécrétions. Il a été constaté ainsi que les mets préférés (viande, bouillon) provoquent une excitation des fonctions gastriques et duodénales beaucoup plus énergiques que les mets indifférents (biscuits). Il n'a pas été possible cependant de déterminer par cette méthode l'excitation nutritive de la vésicule biliaire décrite par Schöndube.

P.-E. Morhardt.

M. M. Pismarew. ***Sur l'hypocapnée constatée en déterminant le CO^2 de l'air alvéolaire et provoquée par l'hyperpnée, considérée comme cause de la faiblesse circulatoire (syndrome respiratoire) dans les maladies infectieuses*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXVIII, nos 5-6, Septembre 1930). — Il a déjà été admis, notamment par Romberg et Pässler, que les troubles de la circulation qui s'observent dans les maladies infectieuses sont dus, non pas à une faiblesse du cœur lui-même, mais à une paralysie toxique des centres vaso-moteurs. Pour Hausmann, dans la clinique de qui P. a fait les observations sur lesquelles est fondé ce travail, c'est l'appauvrissement du sang en CO^2 (hypocapnée ou acapnée provoquée par l'hyperpnée) qui serait responsable des troubles circulatoires et de la mort. C'est ce qui a amené Hausmann à administrer aux malades atteints de typhus exanthématique des sédatifs; il diminue ainsi l'excitabilité du centre respiratoire, calme le psychisme, provoque enfin le sommeil et contribue à diminuer la fréquence de la respiration. Cette méthode consiste à donner du bromure pendant le jour et le soir 50 cg. de véronal et 1 cg. de morphine, à éloigner du malade tout ce qui peut l'exciter et à tâcher de calmer ses douleurs.

Pour voir dans quelles mesures ses conceptions se vérifient, P. a mesuré avec l'appareil de Frédéricia-Arnoldi la tension de CO^2 dans l'air alvéolaire chez une quarantaine de malades atteints de maladies diverses, mais surtout infectieuses (fièvre typhoïde, typhus exanthématique, pneumonie, érysipèle).

Un premier groupe de malades a présenté un abaissement très marqué de la tension de CO^2 dans l'air alvéolaire et, en outre, cinq signes : hyperpnée, acapnée, accélération du pouls, abaissement de la pression maxima, hyperthermie considérable. Ces cinq signes constituent le « syndrome respiratoire » de l'auteur qui comporte un


SPASMOSÉDINE
EST LE PREMIER SÉDATIF ET ANTISPASMODIQUE SPÉCIALEMENT MIS AU POINT
POUR LA THÉRAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE
SÉDATIF
CARDIAQUE

pronostic très sombre parce que les 11 malades de ce groupe sont tous morts.

Dans un second groupe de cinq malades, le syndrome était au complet mais la guérison est pourtant survenue et ce fait doit être mis en rapport avec la proportion de CO^2 dans l'air alvéolaire qui était moins abaissé que dans le premier groupe.

Dans un troisième groupe de cinq malades, il manquait l'un ou l'autre des composants du syndrome respiratoire.

Dans le quatrième groupe qui comprend seulement des infections légères, l'hyperpnée et l'abaissement de CO^2 dans l'air alvéolaire manquaient.

Il y a donc des relations non douteuses entre la diminution de CO^2 et le syndrome respiratoire d'une part, et l'hyperpnée d'autre part ; quand il n'y a pas hyperpnée, les symptômes sont moins graves et, en particulier, la température moins élevée.

Si la pression maxima est régulièrement diminuée, par contre la pression minima est normale ou augmentée.

En tout cas, la cause de la mort doit être cherchée dans une insuffisance de la circulation périphérique. L'hyperpnée provoque une diminution de CO^2 qui finalement conduit à l'acapnée et en même temps à une diminution de la réserve alcaline du sang. L'acapnée à son tour détermine une diminution du tonus des presseurs des veines. La dilatation veineuse consécutive entraîne un ralentissement du sang dans tous les vaisseaux et une diminution de l'apport d'oxygène avec acidose tissulaire consécutive, augmentation de l'hydrophilie et diminution du volume du sang. On s'explique ainsi que la faiblesse de la circulation puisse, pendant très longtemps, s'accompagner d'une activité cardiaque normale.

P.-E. Morhardt.

Jakob Schloss. ***Les « vomissements acétonémiques » de l'adulte*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXVIII, nos 5-6, Septembre 1930). — On admet en général que les vomissements acétonémiques de l'enfant cessent avec la puberté. Néanmoins, un certain nombre d'auteurs ont décrit des cas analogues chez l'adulte : Porgès, W. Jadassohn et surtout Narbeshuber ainsi que Magnus-Lévy.

S. apporte, dans ce travail, la description de 5 cas dont la symptomatologie ne diffère pas essentiellement de celle qui est observée chez l'enfant. L'auteur n'a pas réussi, en administrant pendant 17 jours un régime presque complètement dépourvu d'hydrates de carbone, à provoquer de nouveaux accès typiques. Néanmoins, pendant cette période, l'acétonurie a été observée constamment mais sans vomissement; dans 2 de ces cas il y a eu ictère; la lymphocytose n'a pas été observée. La courbe du sucre du sang après injection d'adrénaline immédiatement à la fin de l'accès reste anormalement basse, comme si l'organisme manquait d'hydrates de carbone.

Pour l'auteur, cette maladie résulte de divers facteurs. L'existence de neurasthénie ou d'une lésion du foie est importante. Comme les phénomènes disparaissent rapidement, la thérapeutique n'a pas à être énergique.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

K. Grassheim. ***Etude du métabolisme basal et du condensateur cutané au cours des affections endocriniennes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 39, 26 Septembre 1930). — G. a poursuivi les études entreprises avec Lueg sur le pouvoir de polarisation cutanée au cours de diverses affections des glandes endocrines. 200 malades endocriniens ont été examinés à ce point de vue, et on a établi concurremment leur métabolisme de base.

Les résultats des deux rpreuves étaient identiques dans 90 pour 100 environ des cas de *basedow* non traités et de *myxœdème*.

10 goitres traités par les rayons X ou le radium avaient une polarisation cutanée redevenue normale, alors que le métabolisme basal restait augmenté. Le condensateur cutané paraît donc réagir plus rapidement à ces thérapeutiques que le métabolisme basal. Il en résulte que, pour savoir si le traitement d'un basedowien doit être poursuivi davantage, il est préférable de se fier au métabolisme basal moins vite modifié par les irradiations. Les cas non traités sont justiciables par contre de l'étude plus simple et plus rapide de la capacité cutanée électrique moins influencée par les facteurs psychiques.

Le diagnostic des *thyréo-toxicoses* sera facilité par la mesure du condensateur cutané, car, dans 40 pour 100 des cas, elle révèle des états thyréotoxiques, dans lesquels aucune altération du métabolisme n'est encore décelable.

Les troubles *hypophysaires* s'accompagnent dans un grand nombre de cas de variations non parallèles du métabolisme basal et du pouvoir polarisant cutané, ce dernier étant souvent élevé alors que les échanges paraissent normaux ou amoindris. Il est actuellement impossible de savoir si cette augmentation de la capacité condensatrice cutanée est due à une action directe de l'hypophyse sur la peau, ou résulte indirectement d'un hyperfonctionnement compensateur de la thyroïde suppléant aux troubles fonctionnels des autres glandes.

Les résultats des deux épreuves comparées chez les obèses sont éminemment variables. Toutes les combinaisons sont ici réalisées dans un pourcentage sensiblement analogue : élévation simultanée, abaissement simultané, élévation de l'un correspondant à l'abaissement ou à une valeur normale de l'autre, etc.

Ces faits démontrent que des troubles glandulaires multiples régissent le métabolisme des graisses, et que la défaillance ou l'hyperfonctionnement d'un système glandulaire entraîne des troubles corrélatifs des autres groupes endocriniens.

Pratiquement, il est intéressant de souligner que, chez les obèses présentant un métabolisme basal normal ou abaissé avec une capacité polarisante cutanée augmentée, l'administration d'extraits thyroïdiens a déterminé l'apparition de symptômes thyréotoxiques, tels que palpitations, crises sudorales, etc.

Cette méthode combinée fournit donc un précieux moyen d'investigation permettant de déceler les hypersensibilisations vis-à-vis du traitement thyroïdien et par conséquent d'éviter chez certains obèses une thérapeutique intempestive.

G. Dreyfus-Sée.

A. A. Higmans Van den Bergh, Muller et A. G. M. Verbeck. ***La soi-disant « réaction bleue » au cours de l'ictère*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 40, 3 Octobre 1930). — Au congrès de Wiesbaden de 1929, Brugsch a prétendu apporter la preuve du rôle du derme dans la constitution de certains ictères grâce à la « réaction bleue ».

Chez les sujets ayant un ictère chronique par rétention ou par insuffisance hépatique, l'injection intra-dermique d'une solution à 1 p. 100 de ferricyanure de potassium détermine la formation d'une papule allant du bleu clair au bleu sombre. La réaction est négative dans les autres formes d'ictères, les ictères hémolytiques en particulier. Cette réaction témoignerait de l'existence, dans la peau, de fer bivalent et prouverait que l'ictère résulte d'une formation *in situ* des pigments biliaires.

Ces conclusions ont été discutées et Dietrich a démontré que la réaction bleue s'obtenait aussi en ajoutant du ferricyanure au sérum des ictériques ou à de la bile. Dans ce cas, même si la réaction témoigne de la présence de fer, elle n'indique pas que ce fer est d'origine cutanée puisqu'il peut avoir été apporté aux tissus par la circulation de même que les pigments biliaires d'origine hépatique. D'ailleurs, Dietrich soupçonne, sans pouvoir le démontrer de façon absolue, que la réaction bleue peut être due à l'oxydation bilirubinique, et non à celle du fer.

Mais la réfutation définitive de la théorie de Brugsch est apportée par les auteurs qui ont réussi, dans une série d'expériences ingénieuses, à démontrer que la réaction bleue *in vitro* ou *in vivo* décèle simplement la présence de bilirubine oxydée par le ferricyanure de potassium.

Une précipitation de la bilirubine du sérum des ictériques a pu être réalisée, et dans la solution filtrée la réaction bleue ne put être obtenue.

Pour prouver que les manipulations qu'a subies le sérum n'auraient pas pu altérer le fer, une contre-épreuve a été tentée avec un sérum auquel on avait ajouté des traces décelables de fer avant de lui faire subir aucune modification. La réaction au ferricyanure est restée positive après précipitation de la bilirubine.

En deuxième lieu, la réaction cutanée a été recherchée en injectant à un sujet normal du sérum d'ictérique, puis en introduisant dans cette papule jaune dermique quelques gouttes de la solution de ferricyanure: une réaction bleue typique fut ainsi déterminée.

Par contre, aucune coloration ne fut obtenue par adjonction du réactif à une papule dermique produite par du sérum ictérique dans lequel la bilirubine avait été éliminée par précipitation.

Enfin une dernière preuve a été fournie par l'examen histochimique d'une biopsie cutanée chez un ictérique: aucune trace de fer ne put y être mise en évidence.

Ainsi l'absence de fer masqué dans la peau de ces sujets ictériques était démontrée de même que la signification exacte de la réaction bleue, banale réaction d'oxydation bilirubinique. Et ces faits réduisent à néant l'hypothèse pathogénique basée sur la spécificité de cette épreuve cutanée.

G. Dreyfus-Sée.

H. Jacoby. ***Le problème de la « cholangie »*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 40, 3 Octobre 1930). — Les épreuves fonctionnelles permettent de délimiter avec exactitude la participation des voies excrétrices ou sécrétrices hépatiques dans les syndromes pathologiques observés.

En particulier, l'étude de la courbe bilirubinémique avant et après absorption de lactose montre nettement une chute dans les affections des voies biliaires, une ascension lors des lésions parenchymateuses hépatiques.

Or, les recherches pratiquées par J. dans 150 cas d'ictères ont montré que, dans l'immense majorité des cas (148), il s'agit de lésions isolées systématiques, atteignant soit les canaux excréteurs, soit les voies sécrétrices.

L'existence d'une affection entraînant une participation successive des deux systèmes, la cholangie de Naunyn-Umber, n'a pu être décelée que deux fois.

G. Dreyfus-Sée.

Friedeman et Elkeler. ***Recherches expérimentales sur le traitement des paralysies diphtériques par le sérum*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 41, 10 Octobre 1930). — L'efficacité du sérum antidiphtérique sur les paralysies diphtériques reste discutée. En France comme en Allemagne, la nécessité du traitement sérique admise par les uns est rejetée par les autres, et F. et E., malgré quelques cas isolés favorables en

apparence, se jugent incapables de fournir actuellement un avis motivé clinique sur ce problème.

Ils se sont efforcés d'y apporter une contribution expérimentale. Entre le système nerveux encéphalique et la circulation sanguine existe une barrière biologique qui s'est montrée infranchissable à l'antitoxine, aussi bien chez le cobaye normal que chez l'homme atteint de diphtérie. Il semblerait donc impossible de réaliser le traitement des paralysies par le sérum introduit dans la circulation générale.

Mais ces résultats sont contredits par une deuxième série d'expériences qui montrent que l'intoxication diphtérique du cobaye par voie cérébrale peut être guérie par de grosses doses de sérum curatif antitoxique intra-veineux.

Cette contradiction apparente s'explique parce que l'intoxication diphtérique encéphalique rétablit la perméabilité de la barrière vasculo-cérébrale pour l'antitoxine.

Les objections théoriques opposées au nom de l'expérimentation à cette thérapeutique ne doivent donc pas être maintenues.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

W. Falta et **F. Hogler.** ***L'hormone du lobe antérieur de l'hypophyse*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 39, 27 Septembre 1930). — Pour étudier l'action de l'hormone du lobe antérieur sur la production de chaleur, F. et H. ont utilisé l'appareil de Krogh. Ils ont ainsi constaté que la consommation d'oxygène diminue sous l'influence de l'hormone aussi bien quand on l'administre d'une façon chronique que quand on l'administre en une fois. Dans ce dernier cas, les chiffres reviennent à la normale au bout de 1 h. à 1 h. 1/2. L'administration quotidienne finit par provoquer des effets cumulatifs et durables. Ces effets ont été constatés aussi bien avec le «préhormon» qu'avec le «prolan» dans l'hypertension vasculaire, dans l'inanition psychogène, dans l'infantilisme. Par contre, deux eunuchoïdes se sont montrés réfractaires.

Sur le métabolisme des hydrates de carbone l'hormone du lobe antérieur n'agit qu'en présence d'insuline. Elle empêche alors dans une certaine mesure l'insuline de provoquer une réaction hypoglycémique.

En ce qui concerne la croissance, l'hormone s'est montrée active notamment dans deux cas d'infantilisme vrai. Une jeune homme de 19 ans ayant la taille d'un enfant de 13 ans, âge auquel il a cessé de grandir, a pris 5 cmc en 22 jours à la suite d'un traitement au préhormon. Une deuxième cure a eu des effets moins nets et la troisième n'en a eu aucun, mais le jeune homme avait alors dépassé la taille de son père. Chez deux eunuchoïdes, par contre, la croissance n'a pas été accélérée.

F. et H. se demandent si ces divers effets des extraits du lobe antérieur sont les résultats d'une même hormone. Ils remarquent qu'en tous cas l'hormone extraite de l'urine de femme enceinte (préhormon) agit sur le métabolisme, sur la croissance et sur la sphère génitale comme les extraits du lobe antérieur.

Pour expliquer que l'extrait de lobe antérieur diminue la combustion alors que l'acromégalie s'accompagne d'un métabolisme normal parfois même augmenté, F. et H. admettent que le fonctionnement de la thyroïde est excité dans cette maladie. Quant à l'affaiblissement de l'action de l'insuline par l'hormone, il explique la présence fréquente d'hyperglycémie et même de glycosurie en cas d'acromégalie. On sait d'ailleurs que Wilder rattache certains symptômes nerveux sévères de la cachexie hypophysaire à des crises d'hypoglycémie.

L'ennuchoïdisme n'est certainement pas d'origine hypophysaire, raison pour laquelle ces extraits n'ont pas d'action en pareil cas.

P.-E. Morhardt.

Franz Kisch. ***Influence de l'histamine sur la respiration de Cheyne-Stokes*** (*Klinische Wolchenschrift*, tome IX, n° 39, 27 Septembre 1930). — Dans 9 cas de respiration de Cheyne-Stokes, on a réussi, par administration d'histamine «Imido Roche », à faire disparaître ce symptôme en quelques minutes. Cet effet se prolonge pendant plusieurs heures et peut être renouvelé avec une nouvelle injection d'histamine. Une thérapeutique cardio-vasculaire concomitante le rend même définitif.

On doit admettre que l'histamine déclanche cet effet en augmentant le volume de la circulation et en favorisant l'irrigation de l'encéphale. Ainsi c'est bien une insuffisance d'irrigation des centres nerveux chargés d'envoyer les impulsions respiratoires qui rend ces régions pauvres en oxygène et par conséquent incapables de fonctionner convenablement.

P.-E. Morhardt.

G. Strüpke. ***Pyréthothérapie d'affections dermatologiques ou vénériennes*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 40, 4 Octobre 1930). — S. a traité, depuis sa dernière communication sur ce sujet, 70 nouveaux cas de chancres mous avec le «dmelcos» qu'il injecte en général à 3 ou 4 reprises par la voie intraveineuse. Dans 20 cas, il a eu un résultat remarquable obtenu déjà à la deuxième ou troisième injection; dans 40 cas, le résultat a été bon, mais il a fallu 5 ou 6 injections accompagnées, à la fin, de moyens locaux; enfin dans 10 cas, le vaccin n'a eu aucun effet et il a fallu employer le traitement local. Ce traitement n'a eu aucun inconvénient et l'auteur le conseille surtout pour les cas tenaces et compliqués de bubons.

Dans la blennorragie chronique, S. a employé l'impaludation avec des résultats fort intéressants dans 4 cas. Mais ce procédé ne doit être employé qu'avec beaucoup de prudence et après avoir bien posé les indications. Dans 27 cas, il a utilisé comme médicament pyrétogène le «pyrifer», 10 fois le dmelcos et 3 fois des associations de ces deux médicaments.

Le pyrifer provoque une élévation de température généralement plus durable que le dmelcos. Mais, pour l'un comme pour l'autre, il faut un certain nombre d'accès de fièvre pour avoir un résultat d'ailleurs remarquable, car il est obtenu souvent alors que les autres méthodes n'ont rien donné. La guérison concerne, chez les femmes, moins les complications que les muqueuses qui éliminent incessament des gonocoques. Les associations pyrifer et dmelcos semblent donner des résultats encore meilleurs.

Dans 3 cas d'affections cutanées (2 eczémas séborrhéiques, 1 neurodermite), les résultats de ce traitement ont été nuls. Dans 1 cas d'érythème induré de Bazin et d'eczéma bilatéral chronique des mains, par contre, les résultats ont été bons.

P.-E. Morhardt.

Heinz Frank et **Otto Schlesinger.** ***Résultats cliniques dans le traitement des symptômes post-encéphalitiques avec l'harmine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 40, 4 Octobre 1930). — L'harmine a été employée par F. et S. chez 12 malades présentant des symptômes post-encéphalitiques. Après avoir soumis ces malades au repos et au changement de milieu pendant quelques jours, à l'hôpital, F. et S. ont administré l'harmine à doses croissantes jusqu'à ce que l'effet optimum ait été obtenu. Les résultats donnés par ce médicament sont très subjectifs. Néanmoins, on constate que l'harmine permet aux malades de manger et de s'habiller seuls ou plus vite, que la mimique devient plus vivante, etc. Chez 4 malades post-encéphalitiques, le résultat a été très bon; chez 4 autres le résultat a été bon et chez 2 autres modéré, mais cependant net; par contre, il y a eu 2 insuccès complets.

Le résultat se fait sentir dès la première injection, mais il se maintient tantôt pendant 3 à 5 heures seulement, tantôt pendant 3 à 4 jours après chaque injection. La dose optimum la plus faible a été de 15 milligr., et la plus haute de 5 centigr. Les doses ont été en moyenne de 2 centigr. Des effets secondaires nocifs n'ont été observés qu'une seule fois, avec 4 centigr.

La méthode des injections est plus sûre, mais elle peut être remplacée par des capsules kératinisées.

L'harmine est absolument sans influence sur le tremblement. Au contraire, la scopolamine agit bien sur ce symptôme parce que son point d'action est le système moteur extra-pyramidal, tandis que l'harmine agit sur l'écorce et, secondairement, par l'intermédiaire des voies pyramidales. L'association de l'harmine et de la scopolamine doit donc donner les meilleurs résultats.

Dans 2 cas de paralysie agitante sénile, les résultats de l'harmine ont été nuls. Dans 4 cas de sclérose multiple, il en a été de même. Dans 1 cas d'atrophie musculaire progressive, on a obtenu pendant 3 semaines un bon résultat qui, ultérieurement, disparut complètement. La chorée est aggravée par ce médicament. Il paraît préférable à F. et S. de ne commencer une cure d'harmine que sous surveillance étroite du médecin, c'est-à-dire dans un hôpital.

P.-E. Morhardt.

Alfred Gigon. ***Effets biologiques de la lumière*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 42, 18 Octobre 1930). — G. fait remarquer l'influence qu'ont, pour l'organisme vivant, les rayons infra-rouges qui représentent 60 pour 100 du spectre solaire. En étudiant le pouvoir de pénétration de ces rayons infra-rouges au moyen de plaques sensibles, il a constaté que ce sont les poumons qui les absorbent le plus et les muscles qui les absorbent le moins. L'absorption du sang est assez importante, comme l'avaient déjà montré les recherches de Finsen. Elle est d'ailleurs variable. En cas d'anémie sévère, elle est faible; elle est au contraire très forte en cas de jeûne. Le taux du carbone du sang influe sur ce pouvoir absorbant. L'insuline, en diminuant ce carbone, rend le sang plus transparent. Le foie, après administration de glucose, est plus transparent que normalement. Le tissu cancéreux est remarquablement transparent.

Les recherches sur les modifications du métabolisme provoquées par la lumière sont presque toutes anciennes. Aussi G. les a-t-il reprises. Il a, tout d'abord, constaté que l'élimination de N par l'urine est indépendante de l'éclairage. Mais les animaux cependant mangent davantage à l'obscurité, de sorte que leur volume d'urine émis est plus grand. En même temps le sucre du sang varie de 0,068 à 0,117, avec une moyenne de 0,091 pour 100, en ce qui concerne les animaux vivants à l'obscurité, tandis que pour les animaux témoins, les extrêmes varient de 0,084 à 0,128, avec une moyenne de 0,105. L'administration de sucre provoque une élévation de la glycémie plus faible à l'obscurité qu'au jour. Le carbone total du sang augmente chez les animaux élevés au jour beaucoup plus que la glycémie, tandis que chez les animaux élevés à l'obscurité les modifications sont nulles ou très peu marquées.

L'action de l'insuline, en abaissant le carbone du sang, le rend naturellement plus transparent, mais beaucoup plus chez les animaux témoins que chez les autres qui, par contre, présentent plus rarement des crampes hypoglycémiques. L'hypophyse provoque également une augmentation de carbone plus marquée chez les animaux

de jour que chez les autres. Il en est de même pour la thyroxine. Ainsi la lumière agit sur le métabolisme des hydrates de carbone chez les animaux comme chez les plantes.

En étudiant le pouvoir du sérum de ces animaux à l'égard de la croissance des semences de lupin blanc, G. a constaté que le sang des animaux élevés à l'obscurité est plus toxique que celui des animaux témoins, mais qu'il perd rapidement sa toxicité après quelques jours passés dans les conditions normales.

G. fait remarquer, en terminant, que le béri-béri n'est pas une avitaminose pure, car il est accéléré par la lumière et la chaleur. Une signification biologique très générale revient donc aux rayons infra-rouges.

P.-E. Morhardt.

H. Kleinschmidt. ***Ictère grave du nouveau-né*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 42, 18 Octobre 1930). — A côté des formes sévères de l'ictère banal ou de l'ictère infectieux des nouveau-nés, il existe une forme familiale qui atteint des enfants apparemment tout à fait normaux, provenant des mêmes parents et succombant tous, peu de jours après leur naissance. Cet ictère se développe très vite. Il s'accompagne d'une tuméfaction de la rate, d'hémorragies sous-cutanées et parfois de vomissements d'hématine, de mélæna, etc. Il existe également de l'œdème des pieds et des mains et des troubles cérébraux caractérisés par des crampes, du tremblement, de l'opisthotonos, etc. Cliniquement le diagnostic est impossible quand on est en face d'un cas unique. Il ne peut être fait que quand il y a eu déjà plusieurs morts dans la même famille ou par un examen du sang qui présente des signes très caractéristiques. Le plus important de ces signes est constaté par de l'érythroblastose : 28, 47, ou même 77 pour 100 des cellules nucléées du sang sont constituées par des érythroblastes, où encore le pourcentage des hématies nucléées s'élève à 1 ou 1,2 ou même à 5 pour 100 du total des hématies, comme dans un des cas de K., alors que, normalement, cette proportion ne dépasse pas 0,12 pour 100.

On observe également de nombreuses mitoses, une forte anisocytose, de nombreux macrocytes bien colorés et encore davantage de microcytes mal colorés, parfois des corps de Jolly et enfin de la poïkilocytose.

Le nombre total des hématies et la proportion d'hémoglobine sont très diminués. Quant au nombre des leucocytes, il n'est pas exactement déterminé parce qu'il englobe le nombre des érythrocytes nucléés. Quelques auteurs ont observé des prolongations du temps de saignement, ce qui n'a pas été constaté par K.

Cette formule sanguine est très analogue à ce qui s'observe chez l'embryon de 4 à 5 mois. Comme, d'autre part, on trouve dans le foie de ces ictériques de nombreux foyers d'hématopoïèse, Yllpö pense qu'il s'agit d'un arrêt de développement à un stade embryonnaire. Mais l'existence d'une activité intense de la moelle fait penser plutôt à des lésions toxiques du sang et à une destruction sévère du sang. En tout cas, les quantités d'hématine du sérum sont très élevées dans le cas de K. (12 avec la méthode de Schumm, au lieu de 1, chiffre normal). A l'autopsie, on constate des dépôts importants de fer dans tous les viscères et notamment dans les cellules de Kupffer et dans les cellules réticulaires.

Ces lésions du sang paraissent à K. constituer l'élément essentiel de la maladie et influer sur le traitement beaucoup plus encore que l'ictère. K. a été ainsi amené, dans le seul des trois cas observé par lui où il ait eu le temps d'intervenir, à pratiquer une transfusion de 75 cmc de sang. Le résultat a été extraordinairement impressionnant. L'enfant, qui était apathique, qui avait une respiration irrégulière et qui tétait mal, reprit tout de suite une allure générale normale, tandis que les lésions du sang disparaissaient presque entièrement en une dizaine de jours. Le fait est d'autant plus intéressant que les parents avaient déjà perdu un enfant de 7 jours avec les mêmes phénomènes.

Quelques auteurs, comme De Lange, qui ont pratiqué également, en pareil cas, des transfusions de sang, font, à l'égard de ce traitement, des réserves que K. ne croit pas justifiées. Tout au contraire, il conseille, chez un enfant qui, au 1er ou au 2e jour, présente un ictère sévère, de faire rapidement un examen morphologique du sang et, si les lésions caractéristiques sont trouvées, de tout préparer pour une transfusion.

Dans cette maladie, la syphilis n'est pas en jeu. On a souvent invoqué une infection, mais on n'a jusqu'ici retrouvé aucun germe dans le sang. Le cheval nouveau-né présente une affection analogue, mais encore insuffisamment étudiée, tandis que cet animal ne serait jamais atteint d'ictère simple des nouveau-nés.

Une autre maladie, l'hydropisie universelle congénitale, doit être rapprochée de cet ictère foyer d'hématopoïèse; mais il n'y a pas destruction sanguine comme dans l'ictère. K. est enclin à considérer ces deux maladies comme conséquences d'une toxicose de la gestation.

P.-E. Morhardt.

H. Zondek. ***Coma basedowien*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 43, 25 Octobre 1930). — Z. a eu l'occasion d'observer des cas de thyrotoxicose sévère qui, à la suite d'une infection légère, angine, bronchite, ont présenté brusquement des signes graves. Au lieu de l'hypercinèse et de l'excitation qui caractérisent ces malades d'ordinaire, on a observé un état d'immobilité remarquable avec suppression des jeux de physionomie et vacuité du regard. Dans l'ensemble, on avait l'impression d'un état de catalepsie sans raideur des membres. En outre l'adynamie était considérable, la sécheresse de la bouche et des muqueuses marquée, l'inconscience du malade très profonde, la parole difficile, tandis que la circulation continuait à se faire assez normalement, malgré un pouls à 160 ou 180. Les valeurs d'iode ont été trouvées très basses (10 γ pour 100 cmc), un ou deux jours avant la mort. Ce chiffre s'est élevé d'ailleurs immédiatement avant la mort, pour atteindre 50 gr. La thérapeutique et notamment des injections intraveineuses de glucose à 20 pour 100 ou la quinine à la dose de 60 centigr. par jour n'ont pas empêché 9 de ces malades sur 13 de mourir.

L'examen histologique des thyroïdes n'a rien montré de particulier à l'autopsie et l'examen des autres organes a été de même complètement négatif. Il est possible, pour Z., qu'il s'agisse d'une hyperthyroxémie, c'est-à-dire d'une insuffisance brusque de thyroïde.

Z. remarque d'ailleurs que les anciens travaux sur la maladie de Basedow ont souvent noté des lésions anatomo-pathologiques du système nerveux central. Mais dans son propre cas, l'examen macroscopique n'a rien montré du côté de l'encéphale.

P.-E. Morhardt.

H. Sachs. ***La constatation d'anticorps A, spécifiques de groupe dans les humeurs de l'organisme*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 43, 25 Octobre 1930). — En étudiant des sérums, S. a constaté que l'inhibition de l'hémolyse du sang de mouton par les sérums du groupe A n'est pas toujours nette, même si on emploie des quantités élevées de sérum. Il est arrivé à supprimer une partie des facteurs qui gênent la réaction en chauffant le sérum, préalablement dilué pour éviter la coagulation, à 80 ou 100°. En pratiquant des réactions avec les sérums ainsi traités, il a constaté que les anticorps A deviennent plus actifs. Ainsi, en prenant des quantités décroissantes de sérum chauffé pendant une demi-heure à 100° et dilué 10 fois et en les ajoutant à 0,25 cmc d'anti-sérum humain A dilué 400 fois, il a été constaté, en effet, que les sérums humains du groupe A réagissent régulièrement d'une façon plus ou moins énergique.

D'autres recherches ont montré que les urines d'individus appartenant au groupe A sont beaucoup plus actives quand elles contiennent de l'albumine. Elles peuvent alors, à la dose de 0,005 déterminer une inhibition presque complète tandis que l'urine d'individus sains n'en provoque qu'à partir de la dose de 0,1 cmc.

La résistance à la chaleur de l'anticorps A est évidemment due à des propriétés particulières, dont on ne sait pas si elles existent avec l'anticorps B. En tout cas, pour rechercher l'anticorps A, il est toujours nécessaire de chauffer selon la méthode indiquée dans ce travail.

P.-E. Morhardt.

A. Adler. ***Les troubles des échanges aqueux pendant la cure de démorphinisation et leurs modifications thérapeutiques par l'euphylline*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 43, 25 Octobre 1930). — Les morphinomanes n'éliminent que de très petites quantités d'urine au cours de la période de désaccoutumance. Ce fait est très net et doit être mis en relation avec une inhibition de l'élimination d'eau par les reins. Il est d'ailleurs confirmé par une augmentation de l'albumine du sang qui passe de 6,57 pour 100, au premier jour, à 7,47 pour 100 le 17e jour, dans un des cas étudiés à cet effet par A.

Cette rétention aqueuse doit être rapprochée des phénomènes décrits par Rowntree en 1922, sous le nom d'« intoxication aqueuse ». En administrant des extraits d'hypophyse à des malades qui étaient atteints de diabète insipide et qui, malgré la médication, continuaient à boire comme d'habitude, cet auteur a observé, en effet, des nausées, des vomissements, de la céphalée, une démarche vertigineuse, etc. Chez les chiens, des constatations analogues ont pu être faites après administration simultanée d'extraits d'hypophyse et d'eau.

Il y a donc lieu d'admettre que ces troubles des échanges aqueux doivent être responsables des phénomènes pathologiques observés pendant la cure d'abstinence. Dans ces conditions, il était tout naturel de recourir à l'euphylline, médicament à la fois diurétique et cardiaque, agissant sur le centre et sur la périphérie. Chez 12 morphinomanes traités pendant deux à sept jours par l'administration intraveineuse d'euphylline à la dose de 48 centigr. par jour, la démorphinisation brusque s'est faite avec un minimum de troubles d'abstinence. Cet effet thérapeutique semble donc montrer que les troubles de l'abstinence relèvent bien d'une intoxication aqueuse.

P.-E. Morhardt.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

H. B. Van Wyck et **V. J. Harding.** ***Les effets des injections de sérum salé hypertonique dans l'éclampsie*** (*The British medical Journal* (Londres) n° 3640, 11 Octobre 1930). — Depuis quelques années, de nombreux accoucheurs ont tendance à traiter l'éclampsie par les injections de sérum salé hypertonique qui sont un diurétique puissant. Les auteurs s'élèvent contre cette méthode, et rapportent plusieurs observations où les accidents toxémiques s'aggravèrent très nettement à la suite de telles injections : augmentation de la tension arté

rielle, réapparition des crises convulsives, augmentation de l'albuminurie.

Les auteurs attribuent cette aggravation paradoxale des symptômes à une action nocive du chlorure de sodium; ils y opposent l'amélioration remarquable que l'on obtient dans l'éclampsie par le régime achloruré. Pour eux, il y a dans l'éclampsie un trouble du métabolisme de l'eau, inséparable du métabolisme du chlorure de sodium. Les symptômes de l'éclampsie sont en effet analogues à ceux de « l'intoxication hydrique » que l'on provoque chez l'animal par l'absorption forcée de liquide. Il faut en rapprocher également l'épilepsie, dans laquelle les auteurs américains ont obtenu des résultats extraordinaires par le régime sans liquide. Il s'agit là de faits d'un ordre tout nouveau, qui nécessitent de nouvelles recherches, mais qui pourraient avoir des conséquences capitales pour la prévention de l'éclampsie.

R. Rivoire.

BRASIL MEDICO
(Rio de Janeiro)

G. Londres et **H. Povoa.** ***Le mécanisme de l'action de la méthode brésilienne dans le traitement des anévrismes*** (*Brasil medico*, an XLIV, nos 34 et 35, 23 et 30 Août 1930). La méthode brésilienne de traitement des anévrismes consiste à appliquer un courant électrique continu sur l'anévrisme sans le ponctionner. Cette application est progressive ; au cours de la séance, on n'atteint que graduellement l'intensité maximum et avant la fin de la séance on diminue aussi progressivement l'intensité du courant. Cette méthode a donné de nombreux succès; nous ne pouvons insister ici sur les détails de son application, qui font l'objet du premier de ces articles.

Le mécanisme de l'action de ces applications est beaucoup plus discuté. Les auteurs ont établi à cet effet une série d'expériences fort rigoureuses. On sait que le pôle dit coagulant est le pôle positif. Dans une première série d'essais pratiqués d'une part, sur le sang liquide, et d'autre part, au travers d'une paroi vasculaire, les auteurs ont établi que l'électrisation ne hâte pas notablement la coagulation sanguine. Les contre-expériences étaient pratiquées avec le même sang prélevé à la seringue suivant les techniques habituelles.

Si la coagulation n'est pas hâtée, elle est en revanche activée et intégralisée, si l'on peut dire, par le courant. Elle est plus massive, plus complète, qu'elle s'effectue *in vitro* ou, comme au cours des expériences précédentes, à travers une paroi vasculaire. L'action favorisante du chlorure de calcium est également accrue dans de notables proportions.

Le troisième point abordé dans ce travail est le suivant : l'électrisation agit-elle en provoquant la rétraction du vaisseau ? Les auteurs concluent par la négative; toutes les rétractions obtenues relèvent de fautes de techniques, notamment de la dessiccation des électrodes.

M. Nathan.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

J.-H. Childrey, W.-C. Alvarez et **F.-C. Mann.** ***Etudes sur la digestion : sa perfection selon les aliments et diverses conditions*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVI, no 3, Septembre 1930. — C., A. et M. ont recherché l'influence de divers facteurs sur l'absorption intestinale en enlevant le côlon à des chiens et en abouchant la fin de l'iléon au rectum, ce qui permet d'étudier la digestion dans l'intestin grêle. Pour évaluer le degré de la digestion, ils ont utilisé le rapport entre le poids des fèces et celui de la nourriture à l'état humide.

Les aliments les mieux digérés sont la viande, le riz, le glycose et les graisses (beurre, lard) donnés en petites quantités. On pourrait se servir avec avantage de ces aliments chez les sujets atteints de diarrhée et pour le régime pré et postopératoire des patients présentant des maladies graves du côlon et du rectum.

L'association de certains aliments entre eux joue un rôle important dans leur digestibilité. Ainsi le pain et le lait, l'œuf cru et le lait sont mieux digérés pris ensemble que séparément. L'œuf cru consommé seul est fort mal digéré ; l'amidon de blé cru donné dans les mêmes conditions est presque indigestible. L'addition de jus de citron à la nourriture active la progression des résidus digestifs dans l'intestin et entrave quelque peu l'efficacité de la digestion, tandis que le jus d'orange n'a que peu d'effet. La croûte de pâté ne semble pas plus indigeste que le pain blanc ; celui-ci est mieux utilisé que le pain complet.

C., A. et M. attirent l'attention sur l'action laxative du lactose donné à fortes doses. Non seulement il entrave la digestion des aliments consommés le jour où il est pris, mais encore celle des aliments ingérés le lendemain. Si on le donne longtemps, il irrite l'intestin et la santé des animaux périclite. Le fromage et le lard gênent aussi la digestion des aliments consommés le lendemain.

La viande se montre mieux utilisée quand elle est donnée en gros morceaux que lorsqu'elle est finement coupée. Il en est de même pour le gruyère. Il est probable que dans cet état le séjour de ces aliments dans l'estomac se trouve prolongé. Crue, la viande est mieux digérée que cuite.

La nourriture prise en grande quantité en une seule fois est mieux utilisée que lorsqu'elle est prise par petites portions à une demi-heure d'intervalle. Il semble que chaque ingestion excite le péristaltisme, ce dont résulte un passage trop rapide des aliments à travers l'intestin. Il y a donc intérêt à ne rien manger entre les repas. Les purgatifs, le bicarbonate de soude et le sulfate de baryum entravent la digestion. La morphine ralentit la traversée intestinale des aliments ; elle n'a guère d'effet sur l'utilisation de la viande cuite prise en même temps, mais elle gêne celle de la viande donnée le lendemain. L'anxiété, l'excitation nerveuse mettent obstacle à la digestion.

P.-L. Marie.

M. C. Riddle. ***Etude sur l'anémie pernicieuse: la régénération du sang pendant la phase initiale de la rémission*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVI, no 3, Septembre 1930). — L'hépatothérapie a fait beaucoup progresser nos notions sur la régénération sanguine pendant les phases de rémission de l'anémie pernicieuse. Minot, Murphy, etc., ont montré que le vice fondamental de l'hématopoïèse pendant la rémission réside dans l'inaptitude des cellules rouges primitives de la moelle à se différencier pour prendre l'état adulte. Par suite, le tissu hématopoïétique médullaire s'hyperplasie et se bourre de mégaloblastes. L'activité régénératrice de la moelle se trouvant ainsi freinée, le nombre des globules rouges diminue dans le sang périphérique et beaucoup d'entre eux sont anormaux. Le foie, l'estomac, les reins contiennent une substance qui stimule la maturation des cellules rouges primitives, déterminant ainsi des rémissions dans l'anémie pernicieuse, accompagnées d'une régénération rapide des globules rouges.

Dans ce travail, R. discute certains facteurs qui influencent le caractère de la régénération sanguine chez les malades atteints d'anémie pernicieuse et soumis à l'hépatothérapie.

De ces constatations numériques, faites chez 68 malades en état de rémission sous l'influence de l'hépatothérapie, et de l'analyse des facteurs théoriques qui influencent la régénération sanguine observée dans ces conditions, il ressort que la grandeur de la réaction réticulocytaire est directement proportionnelle au degré d'hyperplasie médullaire avant le traitement, lequel est inversement proportionnel à la concentration des globules rouges dans le sang avant le traitement, cette dernière valeur fournissant ainsi un index de ce degré, pouvant être introduit dans des formules mathématiques permettant de prédire avec une précision suffisante le degré de la réaction réticulocytaire à une hépatothérapie adéquate. Le pourcentage des réticulocytes à escompter, au moment du maximum de la réaction (R) avec un traitement donné, peut être formulé en fonction de la concentration des globules rouges avant le traitement (Eo), en employant l'équation suivante $R = \frac{0{,}73 - 0{,}2\ Eo}{0{,}73 - 0{,}8\ Eo}$. Cette relation peut être utilisée pour déterminer l'efficacité du traitement et pour évaluer la puissance d'extraits de foie de valeur inconnue.

D'autre part, la vitesse de la réaction réticulocytaire est directement proportionnelle à la quantité de principe hépatique actif administré. Comme la grandeur et la vitesse de la réaction sont en une certaine mesure interdépendantes, l'état de la moelle influence indirectement la vitesse de la réaction, et la dose de foie employée, la grandeur de la réaction.

Chez 4 malades ayant reçu des doses massives de foie et soumis à des numérations faites à intervalles très rapprochés, ayant fourni des données utilisables pour l'analyse mathématique, R. a appliqué l'équation de Robertson qui exprime la loi biologique générale de la croissance et de la régénération, pour arriver à formuler les lois de la régénération sanguine dans l'anémie pernicieuse ainsi traitée. Or si l'on estime au moyen de cette équation la vitesse à laquelle les réticulocytes se sont transformés dans le sang de ces malades en hématies mûres, on trouve que la courbe représentant la concentration des réticulocytes pendant la réaction réticulocytaire se superpose mathématiquement à la première.

R. a pu évaluer à l'aide de cette formule que chez ces malades, deux jours étaient nécessaires à la différenciation des réticulocytes en hématies mûres; chez des malades où la stimulation régénératrice était moins intense, trois à quatre jours se montraient nécessaires.

Les relations notées entre la quantité de la substance réticulaire et le degré de maturité des réticulocytes confirment l'opinion soutenue par divers auteurs que la présence d'une grande quantité de cette substance est un signe de non-maturité relative des hématies et que la présence d'une faible quantité indique que la maturité approche. Au début de la réponse à l'hépatothérapie, alors que les réticulocytes se multiplient, on en trouve une plus grande proportion qui renferment davantage de substance réticulaire qu'après que l'acmé de la réaction réticulocytaire a été atteint, ce qui indique que tout au début de cette réponse les réticulocytes libérés par la moelle le sont dans un état d'immaturité plus grand que vers la fin de la réaction réticulocytaire. La comparaison faite entre la quantité de substance réticulaire et les variations quotidiennes de la concentration des réticulocytes montra que les éléments contenant beaucoup de substance réticulaire avaient été déversés dans le sang au cours des 24 heures précédentes. Les réticulocytes pauvres en substance réticulaire ont paru disparaître dans les 24 heures suivantes.

La régénération rapide du sang durant la phase initiale de la rémission s'accompagne de modifications importantes dans les éliminations. En particulier le taux de l'acide urique excrété augmente beaucoup. R. estime à 10 gr. la quantité excrétée par l'urine, correspondant à l'augmentation d'un million d'hématies par millimètre cube de sang.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

Ch Dubois et N. Sollier. *Premiers résultats de la vaccination préventive de l'homme contre la fièvre ondulante* (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLV, n° 5, Novembre 1930). — La fièvre ondulante peut être transmise à l'homme, non seulement par la chèvre et la brebis, mais aussi par la vache. La contamination accidentelle, surtout d'origine alimentaire, se fait par voie digestive: ingestion de lait cru, de fromages frais, de légumes et de fruits crus en provenance de jardins fertilisés au fumier de bergerie, d'eau de puits contaminés par des infiltrations de purin. La contamination professionnelle est la plus fréquente; elle est presque inévitable pour toute personne vivant en promiscuité étroite avec les chèvres, les brebis malades.

D. et S. ont préparé un vaccin composé de 3 souches de *Brucella melitensis* (une humaine, une caprine et une ovine) et de 2 souches de *Brucella abortus* d'origine porcine et bovine. Les microbes sont tués par chauffage à 70°, le vaccin titré à 2 milliards de germes par centimètre cube. 111 personnes ont été vaccinées au moyen de 3 injections de 1/4 de cmc, 3/4 et 1 cmc à 8 et 10 jours d'intervalle, soit un total de 4 milliards de germes. La première injection donne lieu assez fréquemment à une réaction locale qui s'atténue pour les piqûres suivantes. La réaction générale est presque toujours nulle; chez 1 sujet sur 20, on observe de la fièvre pendant quelques heures et, dans 2 pour 100 des cas, celle-ci peut persister 2 ou 3 soirs. Les suites éloignées ont toujours été normales.

Aucun des sujets vaccinés depuis 3 à 8 mois n'a contracté la fièvre ondulante. Par contre, 2 sur 36 non vaccinés ont été atteints. On manque d'éléments pour préciser à quel moment l'immunité est constituée et sa durée ; mais ces constatations amènent à conclure que dans les foyers de mélitococcie animale, le seul moyen pratique de préserver l'homme paraît être la vaccination préventive. En région contaminée, cette vaccination doit être opérée sur toutes les personnes que leur profession oblige à des contacts avec des animaux susceptibles d'être infectés.

Il n'en faut pas moins poursuivre la prophylaxie de la mélitococcie, mais, devant le peu de résultats obtenus par les simples mesures préventives préconisées jusqu'ici, la vaccination préventive de l'homme est la meilleure façon de se défendre contre la fièvre ondulante.

ROBERT CLÉMENT.

J. Troisier. *La greffe du cancer humain au chimpanzé* (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLV, n° 5, Novembre 1930). — Il est admis communément que les cancers inoculables ne sont transmissibles qu'à des animaux de la même espèce linnéenne. La parenté zoologique de l'homme et des anthropoïdes, la parenté du sang des chimpanzés et de certains hommes, qu'a démontré à T. l'étude des groupes sanguins, l'a incité à essayer des greffes de cancer humain aux chimpanzés.

Après de nombreux insuccès, il a pu réaliser une fois la transplantation d'un mélanome de l'œil, enlevé 2 h. 1/2 avant à une femme de 50 ans. Un cmc de matière noirâtre, gluante et filante, prélevée aseptiquement au milieu de l'œil humain, atteint de sarcome mélanique, fut inoculé dans le tissu cellulaire de l'orbite d'un chimpanzé. Les jours suivants, il y eut un peu d'œdème, mais 5 jours après, la cicatrisation s'était faite. 70 jours plus tard, l'animal mourait de tuberculose généralisée. Au niveau de l'orbite inoculée, on trouva une tumeur noire bien limitée de 16 mm. de long sur 4 à 5 mm. d'épaisseur, faisant corps avec le tissu connectif.

L'examen histologique de cette tumeur greffée a montré que les éléments cellulaires étaient en pleine vitalité, avec leurs noyaux intacts et leurs inclusions de mélanine non modifiées ; les vaisseaux du néoplasme étaient indemnes et il n'y avait aucune réaction lympho-conjonctive de voisinage. Sur les coupes, on voit une certaine dissémination locale du mélanome, mais il n'y a pas de métastase.

S'il est difficile d'admettre sans restriction l'inoculation d'une maladie cancéreuse de l'homme à l'anthropoïde, les faits observés montrent sans conteste que la greffe hétéroplastique des cellules néoplasiques humaines a été réussie chez le chimpanzé ; leur colonisation dans l'organisme simiesque a été effective et leur dissémination locale relativement diffuse.

Cette expérience marque une étape intéressante dans l'étude expérimentale des cancers humains.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE DE MEDECINE
(Paris)

G. Bonorino Udaondo, Maximo M. Casteigts et Guillermo P. Gonalons (Buenos-Aires). ***Les crises solaires tabétiformes dans les ulcères gastro-duodénaux*** (*Revue de Médecine*, tome XLVII, n° 9, Novembre 1930). — A propos de 2 observations où des crises gastriques douloureuses, tout à fait analogues à celles du tabès, ont pu être rattachées dans un cas à un ulcère juxta-pylorique vérifié à l'opération, dans l'autre à un ulcère de la petite courbure diagnostiqué cliniquement et radiologiquement (arrêt des zones péristaltiques au-dessus de l'antre), U. C. et G. passent en revue les cas publiés antérieurement.

Dans les 2 observations rapportées aucun signe ne permettait de soulever l'hypothèse tabétique ; nombre d'auteurs, au contraire, ont signalé la coexistence d'ulcère gastrique ou duodénal et de tabès.

Pour U. C. et G. la coexistence des deux maladies est exceptionnelle et même l'existence d'une hématémèse ne permet pas d'affirmer la présence d'un ulcus. Il existe des tabès avec gastrorragies sans ulcère.

Les gastropathies peuvent, d'autre part, donner lieu à des épisodes de douleurs très violentes accompagnées de vomissements. Ces douleurs ont en général un rythme périodique en rapport avec l'alimentation et sont accompagnées de symptômes dyspeptiques, mais ceux-ci peuvent manquer.

Le déterminisme pathogénique des crises solaires est extrêmement discuté ; le mécanisme intime de la production de la douleur viscérale a été l'objet de travaux qui ont abouti à des conclusions très différentes. Il semble que des crises douloureuses tout à fait analogues peuvent relever d'étiologie variée.

« La crise gastrique est un syndrome sans étiogénie particulière, étant donné qu'elle peut être causée par des lésions différentes et des mécanismes dissemblables, notamment les processus ulcéreux de l'estomac et du duodénum. »

Le traitement médical provoque parfois des améliorations sensibles, mais s'il ne donne pas satisfaction, il faut recourir au chirurgien.

ROBERT CLÉMENT.

RADIOPHYSIOLOGIE ET RADIOTHERAPIE
(Archives de l'Institut du Radium de l'Université de Paris et de la Fondation Curie)

A. Lacassagne (Paris). ***Les indications de la radiothérapie des sarcomes*** (*Radiophysiologie et Radiothérapie*, tome II, fasc. 2, 1930). — Les sarcomes constituent un groupe de cancers dont la définition n'a cessé de varier et sur laquelle les différents anatomo-pathologistes ne sont pas d'accord. On a tendance, actuellement, à ranger dans les sarcomes toutes les tumeurs néoplasiques malignes des tissus sanguiformateurs, des tissus de soutien et des tissus contractiles.

Le diagnostic de sarcome, même par l'examen histologique, présente souvent de grandes difficultés entre tumeur maligne ou bénigne, entre tumeur et processus inflammatoire.

Les caractères pathologiques des sarcomes, — grande variété de siège, point de départ profond, fréquence des métastases, — auxquels il convient d'ajouter la grande différence de sensibilité des diverses variétés, rendent malaisée la fixation des indications thérapeutiques. Souvent on doit se résoudre à une thérapeutique palliative, en raison du diagnostic tardif et de la découverte, dès lors, des signes de généralisation. L., dans cet article, discute les indications thérapeutiques en ce qui concerne les plus fréquents de ces sarcomes, c'est-à-dire: *a*) les sarcomes des tissus sanguiformateurs (sarcomes lymphoïdes et myéloïdes); *b*) les sarcomes des tissus conjonctifs de soutien (sarcomes des parties molles et sarcomes du squelette).

A) *Les sarcomes des tissus sanguiformateurs* comprennent deux groupes importants: les sarcomes lymphoïdes et les sarcomes myéloïdes.

1° Les *sarcomes lymphoïdes* ou *lymphosarcomes* sont, parmi tous les cancers conjonctifs, de beaucoup les plus fréquemment observés; on les voit surtout au niveau des amygdales, des ganglions, du thymus. Les lymphosarcomes croissant habituellement avec une grande rapidité et donnant lieu de très bonne heure à des métastases, il importe d'en faire très précocement le diagnostic pour appliquer avec quelque chance de succès le seul traitement qui leur convienne : la radiothérapie. Tout le monde connaît l'extraordinaire radiosensibilité des cellules des sarcomes lymphoïdes: on assiste littéralement, déjà après de brèves irradiations, à la fonte des plus volumineuses de ces tumeurs et à la *restitutio ad integrum*. Et cependant, l'expérience montre que l'on n'obtient jamais la guérison de malades parvenus au stade de la généralisation: un patient porteur d'un sarcome lymphoïde ou du cavum, chez lequel on constate la présence d'une adénopathie axillaire, trachéo-bronchique ou inguinale, est condamné ; par l'irradiation, on vient facilement à bout de ces localisations à distance, mais il s'en reproduit sans cesse de nouvelles et l'issue mortelle se produit inévitablement par cachexie, ordinairement après 6 mois ou un an. De 1919 à 1927, à l'Institut du Radium, 39 sarcomes de l'amygdale ont été soumis à la radiothérapie; dans 23 cas, la lésion primitive s'accompagnait d'énormes adénopathies cervicales et, plusieurs fois, de signes de généralisation; dans cette catégorie, on ne compte actuellement que 2 survivants, soit moins de 10 pour 100. En revanche, dans les 16 autres cas, il n'y avait aucun signe de propagation à distance, mais seulement des hypertrophies ganglionnaires légères; or, 8 de ces malades sont aujourd'hui en bonne santé, avec une durée d'observation qui, pour le plus ancien, dépasse 7 ans. Chez tous, le

diagnostic précoce avait pu être fait grâce à la biopsie; celle-ci s'impose donc dans toute lésion des amygdales ou des ganglions de nature douteuse.

2° Tout ce qui vient d'être dit à propos des lymphosarcomes s'applique aux *sarcomes myéloïdes* ou *myélosarcomes*, tumeurs nées de la moelle osseuse, avec cette particularité que tous les facteurs de gravité sont plus accentués dans ces dernières tumeurs, dont le pronostic est donc particulièrement sombre, d'autant plus que le diagnostic précoce devient ici exceptionnel, en raison de l'origine de la tumeur au centre même des os. Sur 12 malades de cette catégorie traités à l'Institut du Radium, 11 sont morts de métastases : 7 après opération, 4 après irradiation ; 1 seul reste guéri sept ans après son traitement. Les métastases surviennent le plus fréquemment dans la moelle d'autres os et dans les poumons; leur apparition et la marche de l'affection sont d'ailleurs habituellement rapides (un ou deux ans). La chirurgie ne peut se montrer efficace dans cette variété de sarcomes que si l'opération est faite aussi large que possible: l'amputation ou la désarticulation en cas de siège à un membre. Mais, en raison de la grande radio-sensibilité de ces sarcomes, on conçoit l'essai de la radiothérapie préalablement à toute chirurgie mutilante.

B) Les *sarcomes des tissus conjonctifs de soutien* comprennent: les sarcomes des parties molles (fibrosarcomes) et les sarcomes du squelette (ostéo-sarcomes).

1° Les *fibrosarcomes* sont de tous les sarcomes ceux qui présentent le plus de variété histologique, topographique et clinique, les uns évoluant lentement, les autres aboutissant rapidement à une véritable sarcomatose généralisée. Mais ils présentent un caractère commun: c'est une radiosensibilité relativement faible. Dans ces conditions, la conduite rationnelle consiste à les confier d'abord à la chirurgie chaque fois que l'exérèse de la tumeur se présentera favorablement et n'entraînera pas une grave mutilation. Dans le cas contraire, ou dans les récidives, on aura recours à la radiothérapie, quitte à se résoudre à l'opération mutilante si les radiations se montrent inefficaces. Or, elles le sont trop souvent.

2° Les *ostéo-sarcomes* offrent beaucoup de traits communs avec les sarcomes du groupe précédent au point de vue du siège, de l'âge des sujets, de l'évolution clinique, de la difficulté du diagnostic précoce, de la radiosensibilité et aussi des indications thérapeutiques. Ici encore, la chirurgie prendra la première place s'il s'agit d'un ostéosarcome facilement accessible et dont l'exérèse n'entraînera par une trop grave mutilation (côtes, maxillaires, par exemple). Mais lorsqu'il s'agira d'un ostéo-sarcome d'un membre, cas dans lequel l'unanimité des chirurgiens répudie les opérations économiques et préconise l'amputation ou la désarticulation, L. est d'avis d'essayer d'abord de la radiothérapie. Le diagnostic d'ostéosarcome, en effet, n'est pas toujours certain, ni après l'examen histologique, ni après examen radiologique: il peut s'agir d'un sarcome myéloïde, et, dans ces cas, la radiothérapie amènera l'arrêt d'accroissement, puis la régression, puis la guérison définitive; si l'on n'observe, au contraire, qu'une régression temporaire, puis la reprise du développement après quelques semaines ou quelques mois, on devra admettre l'existence d'un sarcome ostéogénique peu radiosensible et l'amputation devra être alors pratiquée. Cette amputation tardive donnera-t-elle de plus mauvais résultats que l'amputation précoce? Ce serait difficile: d'après une statistique d'Ewing, sur 200 cas de sarcomes ostéogéniques opérés d'emblée, 12 seulement survivaient après trois ans, parmi lesquels 9 présentaient une structure atypique laissant des doutes sur leur nature maligne.

J. Dumont.

LE SANG

(Paris)

Emile Weil. ***L'hémotrypsie hémorragipare*** (*Le Sang*, tome IV, n° 4, 1930). — Cet important mémoire, accompagné de 14 observations, synthétise les connaissances actuelles sur l'hémotrypsie hémorragipare, c'est-à-dire le déclenchement d'accidents hémorragiques par une hémorragie première, parfois minime. Il peut exister déjà un état hémogénique antérieur, mais souvent celui-ci débute avec le phénomène hémotrypsique.

L'hémorragie première est, dans la règle, interstitielle, ce sont des hématomies assez considérables, mais parfois minimes. Ce peut être une hémorragie externe traumatique ou post-opératoire, mais toujours accompagnée d'une légère extravasation intra cellulaire, qui est, nous le verrons, le fait principal. Il est facile de reconnaître le rôle de cette hémorragie quand elle se produit en pleine santé. La constatation est plus délicate quand elle se perd dans un complexus hémorragique, par exemple le cas d'une hémorragie intestinale typhique suivie d'hémorragies secondaires. Souvent il s'agit de ménorragies ou d'hémorragies supplémentaires des règles.

Les hémorragies secondaires sont en général considérables et fréquemment déterminent un état hémorragipare avec purpura; l'évolution en est longue, se fait par poussées et provoque une anémie qui peut être importante. Cette évolution s'accompagne d'une fièvre irrégulière par résorption sanguine, elle peut durer des mois et aboutir à la guérison, mais fréquemment entrecoupée de petits accidents ultérieurs. Dans d'autres cas, au contraire, tout se borne à une ou deux hémorragies plus ou moins graves. Les hémorragies secondes n'apparaissent qu'après une période d'incubation allant de quelques heures à une semaine.

Ces phénomènes ne se rencontrent que chez des hémogéniques, qui présentent même en dehors d'eux les lésions sanguines et capillaires, et l'hérédité féminine caractéristique. Mais l'hémotrypsie est plutôt rare au cours de l'hémogénie. Celle-ci constitue un état d'instabilité du sang, où l'hémorragie peut compter comme un des nombreux facteurs de choc déclenchant les crises. Exceptionnelle dans l'hémophilie familiale, l'hémotrypsie se retrouve dans l'hémophilie acquise, qui est une hémophilo-hégémonie. Ici encore, c'est le facteur hémogénique qui la détermine. L'existence de la lésion hémophilique, l'incoagulabilité du sang, ne se traduit que par une seule caractéristique, la rapidité d'apparition des hémorragies secondaires. E. W. insiste sur la disproportion entre l'hémorragie initiale souvent minime, quelques gouttes de sang extravasées, et la gravité des phénomènes subséquents. Ce caractère rapproche l'hémotrypsie des phénomènes de choc et l'incubation des accidents est analogue à celle de la maladie sérique. L'hémorragie première agirait donc comme un antigène sur un terrain spécial. Le sang ou le sérum produirait une maladie comparable à la maladie sérique, véritable purpura anaphylactique par choc. L'hémogénie viendrait donc s'ajouter à d'autres états tels que l'asthme, l'urticaire, la migraine, la maladie de Quincke, auxquels semblent l'apparenter ces phénomènes hémotrypsiques. Comme pour eux, la pathogénie en paraît complexe; il faut y faire intervenir, à côté d'une insuffisance hépatique plus ou moins latente, un dysfonctionnement endocrinien surtout ovarien, et un déséquilibre vago-sympathique.

A. Escalier.

Emile Weil. ***Hémotrypsies anémiantes et hémoglobinuripares*** (*Le Sang*, tome IV, n° 4, 1930). — On peut, sur des terrains hémogéniques ou hémophilo-hémogéniques, voir survenir, à côté de l'hémotrypsie hémorragique, des accidents de même ordre rappelant le choc, mais cliniquement différents : soit anémie intense, soit hémoglobinurie. D'ailleurs, les faits mixtes où intriquent anémie et hémorragies sont assez nombreux parmi les observations rapportées.

L'anémie hémotrypsique est intense et sans proportions avec l'hémorragie, qui est toujours modérée. Elle s'établit après une période d'incubation, ne cède qu'avec difficulté et lentement. E. W., dans ses cas, n'a pu mettre en évidence ni fragilité globulaire, ni existence d'hémolysines sériques.

L'hémoglobinurie peut survenir dans les mêmes conditions, après incubation. Dans une observation, elle succéda à une transfusion sanguine de sang du même groupe. Il s'agit ici d'un fait assimilable aux hémorragies hémotrypsiques posttransfusionnelles. Ces hémoglobinuries diffèrent des accidents d'incompatibilité sanguine, qui se produisent immédiatement et de façon brutale.

Tous ces phénomènes hémotrypsiques d'hémolyse peuvent être groupés dans une même famille, phénomènes de choc sur un terrain sanguin instable. Ils sont cependant rares, mais il faut les connaître et se rappeler que l'injection de sang souscutanée ou la transfusion peuvent être chez les hémogéniques des armes à double tranchant.

A. Escalier.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG

(Paris)

R. Leriche et **R. Bauer** (Strasbourg). ***Tumeurs primitives du cœur*** (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXIII, n° 10, Octobre 1930). — La curieuse observation qui a fait la base de ce travail a été rapportée l'an dernier à la Société de Chirurgie par Leriche.

Rappelons qu'il s'agissait d'une énorme tumeur intra-cardiaque, sarcome remplissant l'oreillette droite, ne s'accompagnant d'aucun trouble circulatoire et qui ne fut découverte qu'à l'autopsie d'une femme de 53 ans chez qui on était intervenu opératoirement pour une tumeur du médiastin, du volume des deux poings, laquelle n'était en réalité qu'un prolongement à travers le péricarde de la tumeur cardiaque et ne put d'ailleurs être enlevée : la malade succomba presque aussitôt après l'opération.

Les tumeurs primitives du cœur sont exceptionnelles: il n'en existe dans la littérature que 150 observations environ. Les plus fréquemment observées sont des myxomes, des fibromes, des lipomes, des sarcomes et des rhabdomyomes.

Il faut distinguer: les tumeurs des valvules, les tumeurs intracavitaires, les tumeurs des parois.

Les *tumeurs des valvules* sont habituellement des petites néoformations pédiculées qui histologiquement sont des fibromes ou des myxomes. Souvent il ne s'agit que de pseudo-myxomes constitués par des thrombus organisés.

Les *tumeurs intra-cavitaires* sont les plus fréquentes. Elles siègent presque toujours dans l'oreillette gauche. Elles se présentent soit sous forme de tumeurs pédiculées flottant dans les cavités cardiaques et s'implantant sur l'endocarde, soit sous forme de tumeurs non pédiculées qui font saillie dans les oreillettes ou les ventricules et finissent par les combler en entier. Les premières sont en tous points comparables aux tumeurs des valvules; les secondes se rapprochent, au contraire, des tumeurs des parois.

Les *tumeurs des parois* sont extrêmement variables par leurs dimensions et leur nature histologique. Elle se développent plus fréquemment dans les parois auriculaires et surtout au niveau de l'oreillette gauche. Tantôt constituées par de petits nodules, elles peuvent acquérir parfois des dimen-

sions considérables, comme dans le cas de L. et B. Lorsqu'elles ont acquis un développement suffisant, elles peuvent déformer les orifices auriculo-ventriculaires ou comprimer les gros vaisseaux : aorte, artère pulmonaire et veines caves. Les tumeurs développées dans la cloison interventriculaire comprimeront le faisceau de His. Ces tumeurs sont représentées essentiellement par deux types histologiques bien différents : les sarcomes et les rhabdomyomes. Beaucoup plus exceptionnels encore sont les fibromes, les lipomes, les endothéliomes.

Quels que soient d'ailleurs le type anatomique et le siège de ces tumeurs le diagnostic clinique n'est jamais posé. Les *symptômes* sont, en effet, bien peu caractéristiques.

Les tumeurs des valvules se traduiront par des signes de lésions valvulaires variables selon le siège et les dimensions de la tumeur : on observera soit des souffles d'insuffisance, soit des signes de rétrécissement, soit même des lésions combinées.

Les tumeurs intra-cavitaires pédiculées peuvent demeurer absolument silencieuses si elles sont peu volumineuses et éloignées des orifices : si elles siègent au voisinage de ceux-ci, elles ont une répercussion sur le fonctionnement des valvules; elles peuvent, dans certains cas, s'engager brusquement dans l'orifice auriculo-ventriculaire et entraîner la mort subite.

Les tumeurs des parois donnent une symptomatologie beaucoup moins caractéristique encore, car les signes cardiaques sont le plus souvent négligeables, comme dans l'observation rapportée par L. et B. On observe tout au plus un peu de tachycardie et d'arythmie, une légère cyanose de la face (compression de la veine cave supérieure) et parfois des signes d'augmentation de volume du cœur (élargissement de la zone de matité et déviation de la pointe). Cependant, dans certains cas, les signes cardiaques dominent la scène : asystolie à marche rapide, avec signes stéthacoustiques de sténose orificielle lorque la tumeur comprime les orifices valvulaires; syndrome d'Adams-Stokes lorsque la tumeur siège dans la cloison interventriculaire et comprime le faisceau de His.

L'examen radiologique n'apporte guère de précision : si la tumeur est volumineuse, on pense à une origine médiastinale avec déplacement du cœur.

J. Dumont.

R. Leriche et **R. Fontaine.** — ***Contribution à l'étude de l'angine de poitrine d'origine traumatique*** (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXIII, n° 11, Novembre 1930). La première des deux observations a trait à un jeune homme de 23 ans, indemne de toute affection cardio-vasculaire, qui fut atteint d'une angine de poitrine du type décubitus, quelques jours après une blessure du triangle de Scarpa, ayant très probablement intéressé l'artère fémorale. Les crises étaient très fréquentes. Une sympathectomie cervico-thoracique gauche, pratiquée 12 ans après le début de l'affection, fut suivie de guérison (résultat de 8 mois).

Dans la seconde observation, il s'agit d'un sujet qui fut atteint, en 1918, d'une blessure de guerre de la jambe droite; il fit un tétanos tardif post-sérique, fut amputé de la cuisse droite, avec par la suite persistance de crises de contractures douloureuses dans le moignon. En 1929, apparition de crises angineuses. L'ablation d'un névrome du sciatique donna une sédation des crises pendant un mois ; l'ablation du ganglion étoilé gauche détermina une amélioration très passagère.

L'angor relève de l'excitation des fibres cardiaques ou cardio-aortiques sensitives, dont l'origine peut être une altération du cœur ou extracardiaque. Mais quel que soit le point de départ, le syndrome clinique est le même. Dans les deux cas relatés, l'excitation partie du membre inférieur a gagné le plexus cardiaque sensitif, vraisemblablement dans le premier cas par l'intermédiaire du sympathique péri-fémoral, et, dans le second, à l'aide des fibres amyéliniques contenues dans le sciatique.

Au point de vue thérapeutique, on peut se demander si, dans des cas analogues, c'est à l'origine des réflexes qu'il faut s'adresser, ou au syndrome angineux, considérant que celui-ci, une fois établi, existe par lui-même. Dans le 1er cas, L. et F. ont adopté la dernière ligne de conduite, et une sympathectomie cervico-thoracique gauche donna un excellent résultat. Dans le second, on s'adressa d'abord au névrome, qui semblait à l'origine de l'angor, puis au ganglion étoilé gauche, chaque intervention n'ayant donné que des résultats passagers.

L. et F. concluent que lorsqu'on trouve, dans un cas d'angine, une épine irritative très nette, il faut d'abord la supprimer et attendre le résultat. Si l'on échoue, on traitera ensuite le syndrome angineux lui-même, suivant la technique que les auteurs ont décrite.

L. Rivet.

LYON MÉDICAL

Chassard et **Ponthus** (Lyon). ***Réaction de dégénérescence dans le syndrome de Volkmann*** (*Lyon médical*, an LXII, t. CXLVIII, n° 9, 25 Janvier 1931). — La réaction de dégénérescence dans le syndrome de Volkmann n'est pas classique : les réactions électriques sont normales dans la rétraction ischémique des muscles fléchisseurs de l'avant-bras. Dans les cas où la réaction de dégénérescence a pu être observée, il s'agissait d'une lésion anatomique d'un tronc nerveux, véritable complication par section ou compression due à un fragment osseux fortement déplacé. Or il a été donné à C. et à P. d'examiner à plusieurs reprises les réactions électriques d'une malade atteinte de maladie de Volkmann : cette malade, jeune (8 ans) et sans antécédents pathologiques, présentait une réaction de dégénérescence complète de trois troncs nerveux de l'avant-bras, d'apparition rapide (10 jours), sans lésion macroscopique d'au moins un des nerfs, survenue à la suite d'une fracture supracondylienne de l'humérus à grand déplacement. Si, dans ce cas, la réaction de dégénérescence du médian est bien expliquée par la compression nette que lui faisait subir le fragment osseux supérieur, il n'est est pas de même pour les deux autres nerfs, l'épine irritative étant douteuse pour le cubital et inexistante pour le radial. Il faut donc admettre, pour ces deux derniers nerfs, l'existence de lésions nerveuses microscopiques qui seraient dues, d'après C. et P., à un autre agent de compression, savoir l'hématome diffus et profond qui, comme l'a bien montré Mouchet, accompagne les fractures à grand déplacement.

Il semble donc bien que cette observation vienne étayer la pathogénie nerveuse de la maladie de Volkmann, et qu'il faille admettre cette pathogénie au moins dans quelques cas.

J. Dumont.

REVUE MEDICALE DE LA FRANCHE-COMTE (Grenoble)

Etienney (Armée). ***Thrombose des vaisseaux mésentériques avec infarctus total du grêle, guérie sans résection intestinale*** (*Revue médicale de la Franche-Comté*, tome XXXIV, n° 1, 15 Janvier 1931). — Un jeune soldat de 21 ans est amené à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë chez un ancien opéré d'appendicite. Il est dans un état grave. On intervient d'urgence. Quelques bouffées d'éther suffisent à l'anesthésie. Le ventre ouvert, il s'en écoule environ 2 litres d'un liquide sanguinolent, sans odeur. La masse du grêle apparaît uniformément violacée avec petites zones noirâtres, truffées; les anses, augmentées de volume, très épaissies, infarcies, crépitent sous les doigts. Ces lésions s'étendent de la première anse jéjunale jusqu'au cæcum. Pas trace de volvulus, de coudure, de bride ou agent d'étranglement; rien, en particulier, du côté de la fosse iliaque droite; pas de perforation. Le mésentère est court, épaissi, dur, lardacé, noirâtre; on ne perçoit pas de battements artériels à son niveau. Ne pouvant songer à pratiquer une résection totale de l'intestin malade, pas plus qu'à tenter une extériorisation ou encore une entérostomie quelconque, E. se borne à placer un gros drain dans le Douglas, puis il renferme la paroi en un plan. Une heure après l'opération, le pouls, jusque-là imperceptible, a reparu; les vomissements et les douleurs ont cessé. Le malade, veillé, surveillé et dopé sans arrêt, demeure dans un état très précaire pendant quarante-huit heures, puis, contre toute espérance, une amélioration progressive survient. Le drain est rapidement supprimé, les gaz réapparaissent le 5e jour, les selles au 8e, l'alimentation est commencée au 9e. Le malade quitte l'hôpital, guéri, le 22 Août. Il a été revu trois mois après en excellente santé.

E. n'essaye pas d'expliquer cette guérison. Il fait remarquer justement que, pour discuter le mécanisme de la guérison d'une thrombo-phlébite, sans cause apparente, il serait nécessaire de connaître la pathogénie de la lésion elle-même. Or, celle-ci, précisément, est encore des plus obscures à l'heure actuelle. Peut-être pourrait-on invoquer, dans ce cas, un spasme artériel sous l'action directe ou indirecte du sympathique, et l'on comprendrait alors qu'en intervenant à temps, « l'anesthésie générale et la vidange du péritoine puissent parfaitement, avec l'aide des toniques cardiaques, enrayer et même amener la disparition de certaines thromboses. »

J. Dumont.

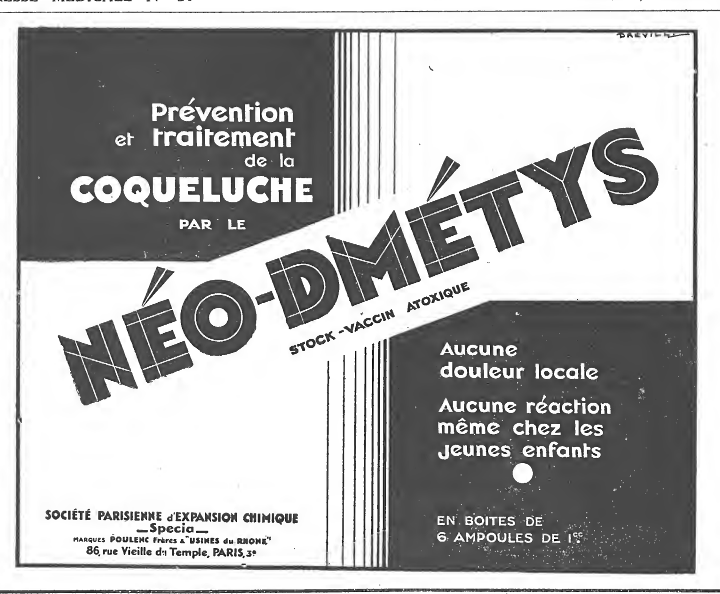
LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

J. Chalier. ***Traitement de l'érysipèle par des injections sous-cutanées de lait*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XI, n° 262, 5 Décembre 1930). — Outre le traitement local, par les pulvérisations phéniquées ou au sublimé, les pommades au collargol, au bleu de méthylène, à l'ichtyol, le pansement humide à l'alcool, et le traitement tonique par la quinine, C. est partisan des injections de lait. Son impression favorable sur ce traitement est basée sur une pratique de 7 années, portant sur plus de 1.000 malades.

Dans la plupart des observations d'érysipèle de la face, on signale une amélioration notable des signes généraux, mais plus spécialement des phénomènes nerveux et du délire dont la disparition est presque toujours rapide. L'apyrexie a pu être obtenue après un à cinq jours, dans la plupart des cas; dans d'autres, la courbe thermique n'a pas été modifiée.

L'action sur l'état local est plus frappante encore. Dans de nombreux cas, dès la première piqûre, la plaque érysipélateuse s'affaisse, sa coloration est moins foncée, la douleur à la palpation est considérablement diminuée, la marche envahissante est enrayée.

Les premières injections sont les plus actives; si elles sont restées d'une efficacité douteuse, les suivantes ne feront pas mieux et il n'y a pas intérêt à multiplier les injections et à les prolonger au delà de 3 jours sauf exception. Lorsque le traitement a pu intervenir le premier jour, la maladie a duré rarement plus de quatre jours. Si la première injection a lieu le 2e ou le 3e jour, c'est exceptionnellement si elle n'est pas jugulée avant la fin de la première semaine. Si l'on in-


Prévention
et traitement
de la
COQUELUCHE
PAR LE
NÉO-DMÉTYS
STOCK-VACCIN ATOXIQUE
Aucune
douleur locale
Aucune réaction
même chez les
jeunes enfants
EN BOITES DE
6 AMPOULES DE 1cc
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

tervient du 4e au 6e jour, la méthode paraît peu efficace. Les échecs sont exceptionnels lorsque le traitement est institué précocement.

Les injections de lait sont aussi efficaces contre les complications. Depuis l'application de ce traitement, les rechutes n'apparaissent que dans 2 à 3 pour 100 des cas. Les suppurations sont réduites si on ne supprime pas complètement leur apparition. Les complications cardiaques, rénales, hépatiques n'ont pas paru influencées par le lait, qui semble au contraire utile dans les pneumopathies.

Les résultats sont moins favorables dans l'*érysipèle des membres*.

Si les échecs sont plus fréquents que les guérisons dans l'*érysipèle du nouveau-né*, la survie a été obtenue dans 3 cas alors que le pronostic est presque constamment fatal.

C. préconise 3 injections consécutives, à un jour d'intervalle, de 10 cmc de lait filtré ou bouilli 20 minutes au bain-marie, sous la peau de l'abdomen ou de la cuisse. Il y a presque constamment une réaction locale avec rougeur et tension douloureuse et une réaction générale se traduisant par une élévation de température, de la céphalée, de la courbature et des nausées, mais on n'a jamais constaté d'accidents sévères.

La tuberculose, les cardiopathies non compensées, un état cachectique, la néphrite, l'hépatite alcoolique sont les principales contre-indications.

Sans exagérer leur mérite les injections de lait sont un appoint utile dans la cure de l'érysipèle.

ROBERT CLÉMENT.

Cordier et **Levet**. ***L'hémothorax récidivant au cours du pneumothorax artificiel*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 268, 5 Mars 1931). — L'hémothorax récidivant au cours du pneumothorax artificiel est une curiosité clinique dont il n'existe qu'une dizaine de cas rapportés dans la littérature médicale.

La pleurésie hémorragique dans le pneumothorax se manifeste sous deux formes : l'une passagère et bénigne, l'autre récidivante et grave. La première relève en général de causes mécaniques; la deuxième, au contraire, est due à une lésion grave de pachypleurite hémorragique, localisation particulière du processus tuberculeux sur la plèvre.

Elle se traduit par des signes cliniques, fonctionnels et généraux, assez importants, mais seule la ponction permet un diagnostic ferme.

Sa pathogénie est complexe. Elle est probablement due à l'action d'un virus ou d'un bacille tuberculeux peu actif sur un organisme résistant. Les intoxications ou les inflammations chroniques sont des causes adjuvantes à son apparition ; mais l'insuffisance hépatique est le principal facteur par son action à la fois humorale et vasculaire.

La pleurésie hémorragique dans le pneumothorax artificiel commande une thérapeutique différente suivant qu'il s'agit d'une simple pleurésie-accident ou d'une pachypeurite hémorragique.

1° Dans le premier cas, le traitement est d'abord préventif : technique impeccable pour les insufflations, pas de modifications brusques de pression, pas d'imprudences physiques du malade. Si, cependant, elle survient, la thérapeutique est simple : il n'y faut pas toucher sans une raison majeure, les insufflations sont continuées avec une prudence extrême après examen radioscopique et vérification de pression. Il ne faudra jamais ponctionner sinon la main forcée, retarder la ponction le plus possible et la faire le moins abondante possible, quitte à la répéter plus souvent car le liquide se reproduit très vite; en tout cas, ne jamais faire d'évacuation complète qui favoriserait le retour de l'hémorragie. Il faut, en somme, être le moins actif possible.

2° Dans les cas graves, au contraire — pleurésie hémorragique récidivante — la conduite à tenir sera beaucoup plus délicate. Il faut d'abord faire pratiquer une endoscopie pleurale. Si l'on ne voit pas de grosses lésions pleurales, il faut attendre et temporiser le plus possible en espaçant les ponctions le plus que le malade pourra le supporter.

Si, par contre, on voit une pachypleurite, il faut intervenir rapidement, le plus précocement possible, en raison de l'état général qui va aller en déclinant. Le simple drainage est insuffisant ; il faut arriver à la thoracoplastie qui, seule, soulage le malade; encore ne faut-il pas attendre et pratiquer, dès le diagnostic posé d'une façon ferme, une thoracoplastie basse ou même totale si l'état du poumon opposé le permet.

Ultérieurement le malade devra rester l'objet de soins attentifs et de surveillance médicale sévère, en milieu sanatorial de préférence, jusqu'à guérison de ses lésions pulmonaires.

L. Langeron. ***La cholestérine du cerveau*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 268, 5 Mars 1931). — Le terme de cholestéatome cérébral désigne, non pas une tumeur histologiquement définie, mais un groupe de néoformations, très diverses au point de vue du siège et de la structure, dans lesquelles la présence de cholestérine en abondance constitue un caractère constant et commun. Ce dépôt de cholestérine peut être secondaire, sur un substratum de nature enthéliale ou épithéliale, primitif au contraire et sur une formation pseudo-inflammatoire; il ne s'agit donc pas de néoplasie vraie.

Le cholestéatome du cerveau, qui est rare (0,22 à 1,3 pour 100 des tumeurs cérébrales), ne possède aucune expression clinique propre, mais se traduit par les signes des tumeurs cérébrales en général; seule peut-être une abondance des symptômes traduisant l'existence d'un processus anormalement étendu pourrait lui être spéciale.

Le traitement idéal consiste dans l'extirpation qui a quelquefois été possible. Les résultats dépendent de l'étendue du cholestéatome et de la possibilité qu'on aura de l'extirper en partie ou en totalité; si l'on en juge par ce qui a été publié, en dépit d'une cure locale aussi complète que possible, ils ne semblent pas très satisfaisants, probablement en raison de l'existence de prolongements impossibles à atteindre; la récidive doit du reste être logiquement prévue. La trépanation purement décompressive sera souvent la seule intervention possible.

Devic, **Perron** et **Rougier**. ***Quelques essais d'un nouveau médicament des syndromes striés : l'harmine*** (*Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 268, 5 Mars 1931). — La thérapeutique des syndromes striés s'est enrichie récemment d'un nouveau médicament, l'*harmine*, dont Mouzon a exposé excellemment ici même l'histoire (*La Presse Médicale*, 1929, p. 1088).

La posologie de ce nouvel agent paraît actuellement assez bien fixée. En injections sous-cutanées, il semble prudent de ne pas dépasser 4 centigr. par jour (personnellement, D., P. et R. n'ont utilisé que 2 centigr. et exceptionnellement 3 centigr.). Par la bouche, les doses varient de 4 à 5 centigr. : l'opinion courante est que cette voie est inactive.

Les essais de D., P. et R. ont porté sur 5 cas — 4 états parkinsoniens, 1 spasme de torsion — tous d'origine encéphalitique. Sur ces 5 cas, ils ont eu 2 échecs et 3 résultats favorables : 2 maladies de Parkinson n'ont pas été améliorées; par contre, dans 2 autres maladies de Parkinson et dans le spasme de torsion à la suite d'un traitement relativement court, on a noté d'heureux effets du médicament. La voie buccale a donné un échec dans un syndrome figé et une amélioration nette dans le spasme de torsion. La voie sous-cutanée a échoué dans un état figé et a donné des améliorations dans 2 autres cas; dans l'un, amélioration lente, mais qui a duré 3 semaines après la cessation du traitement; dans l'autre, amélioration immédiate et considérable, mais de courte durée (5 à 6 heures après chaque injection de 2 centigr.).

De cette courte expérience, D., P. et R. concluent que l'harmine ne peut prétendre à supplanter les traitements actuels. Elle a contre elle la presque nécessité d'utiliser la voie sous-cutanée, le fait que souvent son action se limite à quelques heures. Mais il lui reste tous les cas où la thérapeutique actuelle échoue. Surtout comme moyen adjuvant, l'harmine doit rendre de grands services.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (Bruxelles)

M. Van den Wildenberg. ***Goitres exophtalmiques et compliqués*** (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, tome X, n° 8, 27 Septembre 1930). — A propos de 3 observations de goitres exophtalmiques présentant des adhérences ou des brûlures, après un traitement radiothérapique trop énergique ou trop prolongé, et très améliorés par une intervention chirurgicale, W. insiste sur l'intérêt qu'il y a à ne pas poursuivre indéfiniment le traitement médical ou radiothérapique s'il n'est pas suivi d'une amélioration manifeste et à pratiquer une thyroïdectomie subtotale. 141 malades opérés en un an n'ont donné qu'une mortalité opératoire de 0,70 pour 100.

Si la plupart des folies basedowiennes ne sont que des associations morbides, des complications accidentelles de la maladie de Basedow sur un terrain favorable aux psychoses, il existe des psychoses basedowiennes qui relèvent uniquement d'une perturbation thyroïdienne. Elles sont très rares, on ne les rencontre que dans 0,5 à 1 pour 100 des cas et elles rentrent dans la classe des psychoses maniaques dépressives.

La plupart des chirurgiens considèrent la présence d'une manie comme une contre-indication formelle à l'opération. W. a guéri par thyroïdectomie bilatérale subtotale précoce un cas de psychose grave. Dans un autre cas, la ligature en deux temps des artères thyroïdiennes supérieures a abouti à la mort en 8 jours, après agitation, anxiété et tachyarythmie. Le troisième cas a trait à une basedowienne mélancolique, avec agitation et tentative de suicide, améliorée par une lobectomie thyroïdienne pratiquée en deux temps à deux mois de distance, mais le résultat est encore trop récent pour qu'on puisse en tirer une conclusion favorable.

La coexistence d'une maladie mentale avec la maladie de Basedow ne contre-indique pas la cure chirurgicale, sauf dans les cas franchement démentiels et anciens; la thyroïdectomie « moderne », avec ses perfectionnements, a pu influencer favorablement la thyréotoxicose et la psychose lorsque celle-ci est de date récente.

ROBERT CLÉMENT.

P. Govaerts et **M.-P. Cambier**. ***Recherches sur la composition du sang artériel au cours de la diurèse par l'eau chez l'homme*** (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 5e sér. tome X, n° 8, 27 Septembre 1930). — La diurèse profuse que provoque l'ingestion d'eau à jeun débute en général une demi-heure après et est caractérisée par une chute extrême de la concentration des chlorures dans l'urine. Le mécanisme de cette diurèse est encore tout à fait obscur.

Au cours de cette diurèse, de nombreux auteurs ont étudié le sang veineux ou capillaire. G. et C. ont observé les changements de la composition du *sang artériel* après absorption d'un litre d'eau chez 20 malades d'hôpital, femmes atteintes d'affections bénignes et sans retentissement sur le fonctionnement rénal. Chez toutes, la diurèse aqueuse est

apparue dans les délais normaux et a été considérable. Les résultats observés, résumés dans des tableaux, démontrent qu'au moment où la diurèse aqueuse est nettement installée, les changements de composition du sang artériel sont très faibles. L'augmentation de la teneur en eau du plasma ne paraît pas dépasser 10 cmc par litre en moyenne; de plus, elle varie notablement d'un individu à l'autre, alors que chez tous la diurèse était très active.

Au moment où la diurèse est installée. la teneur du plasma artériel en protéines et en sels dissous est peu modifiée. Si l'on figure par 100 le taux normal, les moyennes respectives observées ont été de: résidu sec 88,92; chlorure 98,313; conductivité électrique 98,56; protéines totales 99,66; albumines 99,39; globuline 99,85; azote non protéique 99,10; CO^2 du plasma 99,72. Le PH artériel ne montre pas de changement. Les variations de l'hémoglobine sont plus considérables: l'abaissement moyen est de 4,79 pour 100. L'amplitude des changements oscille entre 0,05 pour 100 et 8,35 pour 100. Ces changements ne sont pas parallèles à ceux des protéines et des sels et ne peuvent être considérés comme la mesure de l'hydrémie.

Dans ces conditions, la pression osmotique des protéines ne subit après ingestion d'eau que des changements tout à fait négligeables. Il n'est pas possible d'expliquer la diurèse aqueuse par une diminution de la pression osmotique des protéines qui augmenterait la filtration glomérulaire.

Au cours de la diurèse aqueuse, il existe un changement qualitatif dans la nature du travail rénal: l'organe extrait, d'un sang à peine modifié, une quantité d'eau beaucoup plus considérable qu'auparavant.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

H. Rothe. ***Le réflexe des orteils de Grunfelder, nouveau symptôme d'otite moyenne de l'enfance*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 43, 24 Octobre 1930). — Grunfelder a décrit récemment un réflexe des orteils apparaissant au cours des otites des nourrissons et jeunes enfants et auquel il attribue une valeur diagnostique.

Ce réflexe, analogue au signe de Babinski (extension du gros orteil et éventail des 4 autres orteils), est déclanché par une pression au niveau de la partie postérieure du crâne au point de croisement des sutures lambdoïde, occipito-mastoïdienne et pariéto-mastoïdienne. Chez le grand enfant, on le repère au niveau de l'intersection de la ligne unissant mastoïde et vertex avec une horizontale passant au bord supérieur du pavillon auriculaire. Il siège un peu plus en arrière chez le nourrisson.

Le réflexe serait croisé du côté malade et existerait également du côté sain (chez les otitiques seulement) mais homolatéral. R. l'a recherché chez 150 otitiques et chez un nombre à peu près équivalent d'enfants sains. Elle insiste sur les difficultés d'interprétations fréquentes: Babinski spontané, mouvements de défense, réflexe atypique, etc. Cependant, grâce à de petites modifications de technique, elle a réussi à trouver le réflexe dans tous les cas d'otites aiguës moyennes non perforées. Il manque très fréquemment dans les otorrhées, mais réapparaît s'il y a participation osseuse.

A condition d'avoir une assez grande habitude de sa recherche et de son interprétation. ce réflexe est donc assez fidèle pour constituer un symptôme précieux pour le diagnostic, souvent très malaisé, des otites moyennes aiguës des jeunes enfants.

G. Dreyfus-Sée.

F. Boenheim et **F. Heimann.** ***Contribution à l'étude clinique de la cachexie hypophysaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 43, 24 Octobre 1930). — L'image classique de la cachexie hypophysaire de Simmonds se rencontre rarement en clinique, mais il est possible de déceler assez fréquemment des formes frustes.

B. et H. ont pu observer ainsi 16 malades qui se plaignaient d'amaigrissement, de céphalées intenses et de troubles des règles. L'examen objectif de ces malades montra:

1° Une perte considérable de poids avec disparition du tissu graisseux sous-cutané;

2° Des troubles digestifs souvent marqués;

3° Des troubles génitaux, en particulier troubles de la conception (peu ou pas d'enfants, stérilité, infantilisme génital ou avortements);

4° L'examen radiologique de la selle turcique était normal sauf dans un cas;

5° Le métabolisme basal, recherché 15 fois, était normal chez 11 malades, abaissé chez les 4 autres (jusqu'à 24 pour 100). L'examen chimique du sang (sucre, sel, calcium) n'a rien révélé d'anormal.

Au point de vue thérapeutique, seuls les maux de tête ont été favorablement influencés par le traitement diathermique de l'hypophyse; le poids n'a pu être modifié par les traitements insuliniques, ovariens, hypophysaires (lobe antérieur). etc.

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin, Prague, Vienne)

L. Hahn. ***Migraine et allergie*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n°s 33 et 34, 15 et 22 Août 1930). — Après avoir rappelé les principaux caractères symptomatiques et évolutifs du « syndrome » migraineux, H. énumère les arguments cliniques, expérimentaux, pharmacodynamiques, et thérapeutiques, qui lui font considérer l'accès comme une crise vasculaire cérébrale, une sorte d' « angina cerebri », dont le processus évoluerait en trois temps: 1. angiospasme dans le territoire des grosses et des moyennes artères, principalement dans celui de la vertébrale (Richter) ; 2. dilatation vasculaire consécutive, provoquée par la libération de substances vaso-dilatatrices dans les tissus ischémiés; 3. exsudation et transsudation consécutives de la pie-mère, des parois ventriculaires et des plexus choroïdes, expliquant l'hypertension céphalo-rachidienne souvent constatée (Sicard, Mingazzani, etc...).

Parmi les différentes étiologies que H. envisage ensuite, il fait la part des processus d'intoxication et d'auto-intoxication (en particulier d'origine duodénale, vésiculaire, appendiculaire, endocrinienne), qui ne relèvent pas de la véritable anaphylaxie, et il fait une critique serrée des divers arguments apportés en faveur de l'origine allergique d'un grand nombre de migraines : évolution clinique et coexistence d'autres accidents anaphylactiques chez le malade lui-même ou chez ses ascendants (Pasteur-Vallery-Radot), — spécificité de l'excitant, qui provoque régulièrement la crise, soit par inhalation, soit par ingestion, et dont l'éloignement met à coup sûr le malade à l'abri de toute crise, — cuti-réaction, que Vaughan a trouvée tardivement positive (6 à 24 heures) dans un assez grand nombre de cas (10 malades sur 35), contrairement à tous les auteurs précédents, crise hémoclasique (Pagniez et Nast, Lubbers, Bouché et Hustin, Lippmann, etc.), enfin éosinophilie, que Gänsslen a trouvée très fréquente dans la migraine (31 cas d'éosinophilies entre 5 et 16 pour 100 sur 42 malades), mais qui faisait défaut dans la plupart des observations de H., comme dans celles de Vallery-Radot et Blamoutier (3 cas d'éosinophilie seulement sur 8 migraineux). La transmission passive de l'allergie migraineuse n'a jamais été réalisée. La présence de substances douées de propriétés excitantes à l'égard de l'intestin du chat (Van Leeuwen et Zeydner) n'a pas été vérifiée. Enfin l'activité thérapeutique de la peptone n'est pas une preuve suffisante de l'origine allergique de l'affection, car ce traitement peut agir par ses propriétés cholagogues aussi bien que par un mécanisme de désensibilisation allergique.

De son étude critique, H. arrive à conclure que, seul, un cas de migraine par sensibilisation au goudron, décrit par Berg, aurait fait la preuve de son origine anaphylactique, mais que l'origine anaphylactique reste vraisemblable dans un certain nombre d'autres cas.

H., en collaboration avec Stein, a remarqué la fréquence de l'hypotension artérielle chez les migraineux, et la disparition habituelle de la migraine à l'âge de l'hypertension. Il émet l'hypothèse que cette hypotension serait un phénomène de « choc anaphylactique prolongé », dû à une auto-intoxication. Le paroxysme migraineux serait une crise inverse de vaso-constriction, localisée aux artères cérébrales, un reflexe de défense par contraction artérielle (Rössle), analogue à l'hypertonie latente des vaisseaux du tégument et des muscles, que Auer et Tannenberg ont mise en évidence dans certains états anaphylactiques chroniques. L'élévation physiologique du tonus des vaisseaux splanchniques fait disparaître les crises chez les sujets d'un âge plus avancé.

J. Mouzon.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin, Vienne et Munich)

E. Urbach et **B. Sidaravicius.** ***Critique de la méthode de transmission passive de l'hyper-sensibilité*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 45, 8 Novembre 1930). — U. et S. exposent les diverses méthodes qui ont été employées: celle de l'expérimentation sur l'animal de Bruck, celle de l'auto-transplantation de Naegeli, Quervain et Stadler, etc. Ils retiennent surtout celle de Prausnitz-Küstner qui utilise le sérum d'un individu hypersensible pour sensibiliser passivement, chez un individu normal, une région de peau où l'antigène provoque ultérieurement une réaction immédiate. Par cette méthode, on détermine également une réaction à distance.

U. et S. retiennent également la réaction de Urbach-Königstein dans laquelle on utilise le contenu d'une bulle de vésicatoire. Enfin la méthode de Lehner et Rajka consiste à injecter le sérum d'une personne hypersensible dans une des oreilles d'un lapin, pour le sensibiliser à l'égard de l'antigène, par rapport à l'oreille normale.

Les expériences faites par les auteurs de ce travail ont montré que les trois méthodes peuvent parfois donner des résultats erronés. Dans une idiosyncrasie sévère pour le blanc d'œuf ou pour la phénolphtaléine, dans une hypersensibilité également marquée pour le pellidol ou pour la térébenthine, dans une dermatite due aux asperges, des insuccès ont été constatés. La méthode de Lehner-Rajka exige un contrôle plus sévère que les autres, car elle détermine souvent des réactions non spécifiques. Dans un cas, l'auto-transplantation a permis le transport d'une idiosyncrasie à la phénolphtaléine, alors que toutes les autres méthodes de transmission avaient donné des résultats négatifs.

P.-E. Morhardt.

F. Bertram. ***Le traitement des anémies par des préparations d'estomac*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 45, 8 Novembre 1930). — B. a eu l'occasion de traiter 11 cas d'anémies de Biermer avec une préparation d'estomac (*Stomopson*). La préparation d'estomac n'a pas eu de résultats dans tous les cas, pas plus d'ailleurs que les préparations de foie. Il arrive souvent que ces

préparations ne développent toute leur activité qu'après une transfusion de sang qui doit être pratiquée sans trop tarder. Au total, les résultats ont été rapides dans 10 cas et il est possible que les insuccès publiés soient souvent dus à un dosage insuffisant. Dans les cas compliqués de symptômes médullaires, l'extrait d'estomac a eu des effets 1 fois sur 3.

Sur 8 malades atteints d'anémie secondaire la préparation d'estomac a eu 5 fois des résultats satisfaisants.

B. annonce, en post-scriptum, qu'il a eu avec la préparation d'estomac, mais après transfusion, de bons résultats dans un nouveau cas d'anémie de Biermer. Dans un autre cas qui, antérieurement, avait bien réagi à l'égard du foie, les résultats ont été finalement nuls aussi bien avec la préparation d'estomac qu'avec celle de foie. Sur 5 nouveaux cas d'anémies secondaires, 2 ont été influencés favorablement par la préparation d'estomac.

P.-E. Morhardt.

F. Wahlig. ***L'augmentation des embolies et les injections intraveineuses*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 45, 8 Novembre 1930). — A la Clinique d'Enderlen à Heidelberg, entre 1919 et 1928, le nombre des embolies mortelles autopsiées a passé de 4 sur 2.797 interventions en 1919, à 24 sur 3.556 interventions en 1926 et finalement à 16 sur 3.368 interventions en 1928. Le nombre des opérés morts dans ces conditions après avoir été soumis à un traitement par injections intraveineuses n'a pas augmenté aussi vite que le nombre des embolies (2 en 1919, 3 en 1926 et 5 en 1928). Par contre, le nombre des obèses qui ont succombé à l'embolie était au maximum, soit 11, en 1926.

W. constate ensuite que l'origine de l'embolie a été les veines fémorales ou iliaques 16 fois sur 23 morts survenues chez les personnes traitées antérieurement par les injections intraveineuses. D'autre part, chez ces personnes, des phénomènes pathologiques expliquent suffisamment l'embolie sans faire intervenir les injections intraveineuses : 4 fois péritonite, 4 fois gros abcès ou empyème, 3 fois athéromatose, 1 fois anémie sévère, 2 fois adiposité. Dans 5 cas, l'origine de l'embolie n'a pas pu être précisée et dans aucun cas la thrombose n'a pris naissance au lieu d'injection. En somme, W. croit que l'obésité joue un rôle assez important surtout lorsqu'il s'agit de gens qui avaient été antérieurement insuffisamment nourris et qui ont engraissé assez rapidement.

P.-E. Morhardt.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

N.-D. Royle. ***Les résultats de la ramisection sympathique*** (*The British medical journal*, n° 3641, 18 Octobre 1930). — R. préconise depuis 1923 la ramisection dans le traitement des affections spastiques, en s'appuyant sur des conceptions théoriques qui font jouer un rôle capital au sympathique dans le tonus musculaire. Les résultats de cette intervention ont été fortement critiqués, aussi l'auteur a-t-il entrepris une enquête sur les résultats obtenus chez les 300 malades qu'il a opérés jusqu'ici. Un questionnaire fut envoyé à ces malades, avec prière de dire si les résultats étaient bons, moyens, ou nuls.

Autant qu'on puisse faire état d'une enquête aussi fruste, et aussi subjective, il semble que les résultats de l'intervention soient bons dans les cas de paraplégie ou d'hémiplégie congénitale, où l'enquête a indiqué plus de 60 pour 100 d'améliorations importantes. Ils sont assez bons dans l'hémiplégie, dans la paraplégie acquise, beaucoup moins bons dans les cas de rigidité parkinsonienne.

Plus intéressants peut-être sont les résultats obtenus dans les cas de maladie de Raynaud ou de Buerger : 100 pour 100 d'excellents résultats dans le syndrome de Raynaud, 60 pour 100 dans la maladie de Buerger. Enfin, l'intervention donne, paraît-il, d'excellents résultats dans la rétinite pigmentaire, l'acuité et le champ visuels étant très rapidement améliorés.

Avant de conclure sur l'utilité ou l'inutilité de l'opération de Royle, il faut attendre les résultats d'autres chirurgiens.

R. Rivoire.

J. Burnford. ***La colite ulcéreuse : son traitement par l'ionisation*** (*The British medical Journal*, n° 3641, 18 Octobre 1930). — L'ionisation au sulfate de zinc est le traitement de choix de la colite ulcéreuse, affection très grave et désespérante, car elle résiste à tous les traitements et récidive invariablement. L'auteur résume 28 observations de colite ulcéreuse traitées par l'ionisation : parmi celles-ci, dans 4 cas, il s'agissait d'une forme suraiguë, où la mort survint malgré le traitement. Dans tous les autres cas, la guérison fut obtenue, en 2 à 3 mois en moyenne.

On utilise comme électrolyte une solution de sulfate de zinc à 0,5 p. 100 dont on injecte la quantité maximum tolérée : 2 litres au minimum au début, puis 7 à 8 litres lorsque les symptômes sont amendés. De même pour l'intensité du courant : 2 à 3 milliampères au début, puis la tolérance augmentée permet de monter jusqu'à 20 milli pendant 15 minutes et plus. Trois séances par semaines sont d'ordinaire suffisantes. Des récidives s'observent souvent, mais elles sont toujours bénignes, et facilement accessibles au traitement.

Une complication s'observe assez souvent : une anémie secondaire, parfois même une véritable chlorose.

L'ionisation au zinc est sans conteste une acquisition thérapeutique capitale pour le traitement de la colite ulcéreuse.

R. Rivoire.

THE LANCET
(Londres)

D.-I. Davies et G.-I. James. ***L'achlorhydrie et l'anémie chez les vieillards*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5591, 25 Octobre 1930). — Depuis que les travaux de Castle ont montré l'action anti-anémique des extraits d'estomac, la question de l'achylie et de l'achlorhydrie gastrique est d'actualité. Les auteurs ont fait une enquête portant sur 100 vieillards entre 60 et 95 ans, afin de chiffrer la proportion des vieillards normaux qui présentent de l'achlorhydrie, premier stade de l'achylie, tout vieillard atteint d'une affection gastrique étant éliminé d'office.

Les résultats de l'examen du suc gastrique de ces 100 vieillards normaux furent les suivants : 32 présentèrent de l'achlorhydrie, parmi lesquels 14 seulement avaient de l'achlorhydrie vraie, même après injection d'histamine.

Parmi les vieillards atteints d'achlorhydrie vraie, 7 avaient une anémie légère, entre 3 et 4 millions, avec une proportion d'hémoglobine de 60 pour 100 au moins. L'anémie la plus marquée existait dans les 2 cas où la réaction de pepsine était le plus faible (bien que chez aucun de ces 100 vieillards il n'existât d'achylie véritable).

Enfin, une dégénérescence atrophique de la muqueuse linguale, analogue à celle observée dans l'anémie pernicieuse, fut observée souvent chez les sujets atteints d'achlorhydrie, et jamais chez ceux dont la réaction gastrique était normale.

R. Rivoire.

A.-C. Ransome et Hugh Smith. ***Observation sur la sclérose en plaques*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5591, 25 Octobre 1930). — Les auteurs ont vérifié à l'hôpital de Birkenhead la découverte de miss Kathleen Chevassut, qui décrivit la *Spherula insularis*, virus filtrant contenu dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de sclérose en plaques. Après de longs tâtonnements nécessités par les difficultés nombreuses de la méthode, finalement une culture de *Spherula insularis* aurait été obtenue 11 fois sur 12 malades examinés. Le liquide céphalo-rachidien stérile était celui d'un malade ayant depuis très longtemps une sclérose en plaque fixée, non évolutive. Chez les 11 autres malades, la culture sur bouillon de Hartley aurait montré l'existence des colonies signalées par miss Chevassut, avec tous leurs caractères biologiques et optiques.

Quatre contrôles furent faits avec du liquide céphalo-rachidien de malades atteints de tabès : en aucun cas ne fut obtenue la *Spherula insularis*.

Un autovaccin fut dans chaque cas préparé suivant la technique de miss Chevassut, et un traitement institué. Les résultats seront publiés après un recul suffisant : de toute façon, ces résultats doivent *a priori* être médiocres, car il s'agit de scléroses en plaques anciennes ; cependant, les modifications du liquide céphalo-rachidien après le traitement seront intéressantes à noter.

R. Rivoire.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

E. Boczkowski. ***Le réflexe antagoniste du nerf tibial*** (*Nowiny Psychjatryczne*, tome VII, fasc. I et II, 1930). — Les résultats des examens cliniques et anatomiques obtenus par B. ont incité cet auteur à provoquer l'excitation du nerf tibial antérieur, ou de sa branche, le nerf musculo-cutané, ainsi que du tronc du nerf sciatique poplité externe.

L'irritation de ces troncs nerveux, dans des altérations organiques du système nerveux central, provoque des réflexes antagonistes.

Le phénomène caractéristique de ces altérations, c'est le réflexe antagoniste, qui se manifeste par une déviation dorsale excessive, c'est-à-dire *un redressement dorsal du gros orteil, par suite de l'irritation mécanique du tronc du nerf tibial.*

Pour contrôler cet état de choses, on peut admettre que, dans les cas où le système nerveux central est normal, c'est-à-dire où son action et sa conductibilité ne sont pas entravées par des altérations organiques, il se produit, au lieu du réflexe antagoniste, un réflexe régulier, caractérisé par la flexion plantaire typique du gros orteil à la suite de l'irritation du nerf tibial.

Friboung-Blanc.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

N. Prylucki. ***Affections nerveuses au cours de l'anémie pernicieuse et traitement hépatique*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, tome VII, n° 17, 24 Avril et n° 18, 1er Mai 1930). — Les auteurs, qui se sont occupés antérieurement de la question de l'influence du foie sur les affections du système nerveux, coïncidant avec l'anémie pernicieuse, croient que l'action directe du foie sur le système nerveux ne peut être envisagée et que l'amélioration obtenue dans certains cas, rares d'ailleurs, doit être envisagée comme une conséquence du retour de l'état sanguin à la normale et de l'amélioration du tonus musculaire.

A l'occasion d'un cas grave d'anémie pernicieuse compliquée de myélite funiculaire postérieure et

latérale, que P. rapporte de façon très détaillée, l'auteur souligne les points suivants :

1° La thérapeutique hépatique dans certains cas d'anémie pernicieuse avec troubles du système nerveux peut amener la régression des symptômes nerveux pouvant aller jusqu'à la régression de la paralysie. Cette amélioration est possible, à la seule condition que les lésions dégénératives du système nerveux ne soient pas trop étendues ni trop anciennes.

Le foie ou les extraits hépatiques doivent être administrés d'une façon prolongée, même après le retour de la formule sanguine à la normale, car, après la guérison apparente, il persiste souvent un certain degré d'instabilité de l'amélioration, surtout lorsque la ration de foie administrée est diminuée prématurément.

2° L'addition des préparations arsenicales est d'un secours utile, ayant surtout pour avantage la consolidation de l'amélioration.

3° P. ne constate aucune action secondaire d'ordre toxique, due au traitement, sur l'organisme. Tout au plus signale-t-il un léger état de somnolence, surtout pendant les premières semaines du traitement. FRIBOURG-BLANC.

THERAPEVTICHESKI ARKHIV
(Moscou)

S.-V. Levina. ***Sur la question de la fonction sécrétoire de diverses parties de l'estomac*** (*Therapevtichesky Arkhiv*, tome VIII, fascicule 3, 1930). — On sait, depuis fort longtemps, que l'estomac ne présente point une entité, aussi bien au point de vue de sa structure anatomique que de son fonctionnement. Cependant, lorsqu'on fait un examen du suc gastrique, prélevé au moyen d'une sonde introduite dans l'estomac, l'on ne pense pas aux différences possibles en relation avec la portion de l'estomac entrée en contact avec le bout de la sonde. Or, grâce à une technique spéciale, il peut être démontré que l'on se trouve en face de résultats nullement identiques, capables d'induire en erreur le médecin à la recherche d'un diagnostic précis touchant l'acidité du suc gastrique.

Les 22 malades, soumis à l'expérience par L., ont été examinés soit à jeun, soit après un repas d'épreuve. Deux sondes liées ensemble, mais dont les parties terminales s'écartaient d'une distance de 17 à 20 cm., une fois introduites dans l'estomac, furent utilisées. Tandis qu'un bout de sonde était dans la région pylorique, l'autre se trouvait près de la grosse tubérosité de l'estomac. Le suc gastrique fut prélevé, au cours d'une heure, tous les quarts d'heure.

Dans le fond de l'estomac, le contenu se distingue par son acidité. Dans la région pylorique ou dans les parties avoisinantes, la réaction observée est alcaline. En ce qui concerne la teneur en pepsine, aucune différence régulière n'est à noter.

Si l'on examine le passage du bol alimentaire à travers l'estomac, l'on constate une accentuation de la tendance vers la neutralisation qui, au moment d'atteindre le duodénum, arrive à son maximum. Donc, suivant l'endroit où se trouve le bout terminal de la sonde, le résultat de l'examen du suc gastrique variera. G. ICHOK.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

A.-R. Dochez, G.-S. Shibley et K.-C. Milles. ***Recherches sur le rhume vulgaire:*** IV) ***Sa transmission expérimentale aux singes anthropoïdes et à l'homme par l'intermédiaire d'un virus filtrant*** (*The Journal of experimental Medicine*, tome LII, n° 5, Novembre 1930). — D., S. et M. ont étudié la flore bactérienne habituelle de sujets normaux et les modifications qu'elle subit au cours des rhumes. Le groupe des bactéries de culture facile (streptocoques, staphylocoques, diphtéroïdes, *B. Pfeifferi*, cocci-gram-négatifs, pneumocoque) ne semble pas jouer de rôle étiologique primitif bien que certains de ces germes puissent être importants comme agents d'infection secondaire. De son côté, le groupe des bactéries anaérobies filtrantes Gram négatives (Olitsky et Gates, Branham, Noble, etc) fait partie de la flore normale des voies aériennes supérieures et ne paraît pas intervenir dans la pathogénie des rhumes. Aussi D., S. et M. ont-ils pensé qu'un virus filtrant pouvait en être responsable.

Les singes anthropoïdes supérieurs, les chimpanzés en particulier, sujets à des rhumes analogues à ceux de l'homme qu'ils gagnent d'ailleurs facilement, se prêtent mieux que ce dernier aux expériences de transmission. Celles-ci ont été conduites avec les soins les plus minutieux pour exclure toute possibilité d'infection venant du dehors (isolement absolu, nourriture en grande partie stérile, masques et blouses stériles portés par les expérimentateurs indemnes de rhumes, etc.). D., S. et M. ont inoculé dans les narines des singes isolés et bien portants des sécrétions naso-pharyngées provenant d'hommes atteints d'un rhume vulgaire et filtrées sur bougie Berkefeld V. 44 pour 100 des chimpanzés contractèrent dans les 36 à 48 heures suivantes un rhume semblable à celui de l'homme, accompagné de modifications de la flore bactérienne naso-pharyngée. Celle-ci qui, à l'état normal, est très voisine de celle de l'homme, se modifie beaucoup plus qualitativement chez le singe au moment du rhume. Fait très frappant, les pneumocoques, rares habituellement chez les chimpanzés, apparaissent subitement et pullulent; le B. de Pfeiffer et parfois des streptocoques hémolytiques envahissent le nez, venant de la gorge. Les filtrats inoculés contenaient souvent des anaérobies filtrants du type Olitsky-Gates, mais D., S. et M., se basant sur des expériences de transmission positive alors que ces anaérobies faisaient défaut, les considèrent comme non pathogènes. Il s'ensuit que l'agent actif présent dans ces filtrats contagieux doit être un virus infra-microscopique véritable (celui de l'herpès ayant pu être exclu par inoculation intracérébrale au lapin). Il est probable que ce virus joue un rôle activant vis-à-vis des microbes pathogènes en puissance, tels que les pneumocoques, contenus dans les voies respiratoires supérieures.

D., S. et M. ont pu reproduire les mêmes expériences de transmission chez des sujets volontaires soumis à un isolement rigoureux. Elles réussirent également chez 44 pour 100 des sujets. Là aussi, on trouva des anaérobies filtrants dans les sécrétions, mais tout plaide contre leur rôle pathogène, si bien qu'en définitive D., S. et M. concluent que certains types de rhumes vulgaires relèvent d'un virus filtrant véritable. P.-L. MARIE.

H. L. Jaffe et A. Bodansky. ***Ostéodystrophie osseuse expérimentale (ostéite fibreuse) chez les chiens rendus hyperparathyroïdiens*** (*The Journal of experimental Medicine*, tome LII, n° 5, Novembre 1930). — Les cliniciens ont mis en évidence les rapports qui existent entre l'ostéite fibrokystique de Recklinghausen et l'hypersécrétion des parathyroïdes, qui se traduit en outre par l'hypercalcémie et le bilan négatif du Ca.

J. et B. ont réussi à reproduire l'ostéite fibreuse chez le chien, animal qui présente parfois cette affection à l'état spontané et chez lequel toutes les tentatives expérimentales antérieures n'avaient abouti qu'à produire de l'ostéoporose, mais non l'ostéite fibreuse véritable, caractérisée par les kystes, les hémorragies, les tumeurs à cellules géantes, la fibrose de la moelle, la résorption osseuse et l'apparition de tissu ostéoïde. Il leur a suffi d'injecter à de jeunes chiens de l'extrait parathyroïdien (parathormone de Collip), en opérant avec ménagement, à doses croissantes et de façon prolongée, ce qui évite les accidents mortels dus aux doses massives.

En commençant par 2 unités par jour et par kilogramme, on peut arriver progressivement à faire tolérer des doses beaucoup plus fortes et à réaliser le tableau morbide, sans qu'on observe d'hypercalcémie ni de calcifications métastatiques, la résorption osseuse s'effectuant lentement, et non brutalement comme avec les fortes doses qui déterminent des lésions profondes de la moelle et tuent le chien avant que la fibrose réparatrice ait pu se manifester.

Avec cette technique J. et B. ont pu reproduire, selon la dose et la durée des injections, tous les degrés des altérations osseuses, allant d'une légère résorption des os jusqu'à des résorptions très accusées avec fractures multiples, et d'une substitution ébauchée du tissu fibreux aux dégénérescences profondes de la moelle accompagnées d'hémorragie. Chez plusieurs chiens les lésions se montrèrent très typiques. Elles présentèrent leur maximum chez 3 chiens injectés pendant 6 mois et recevant finalement 20 unités par jour.

Les animaux présentent, à l'inverse des chiens soumis à un régime carencé en Ca, un arrêt frappant de la croissance, dû à la cessation de la formation de l'os. A la longue les os se déforment (courbure, torsion); il existe de l'hypotonie des muscles. Les lésions ostéo-dystrophiques sont généralisées, atteignant les maxillaires, le crâne, etc. Dans les os longs elles prédominent sur les métaphyses et épargnent les épiphyses (aucune tuméfaction des cartilages épiphysaires ni des articulations chondro-costales), qui ne présentent qu'une simple atrophie osseuse. Elles se rencontrèrent chez des chiens recevant une ration surabondante en Ca. Le déficit en Ca n'est donc pas seul responsable.

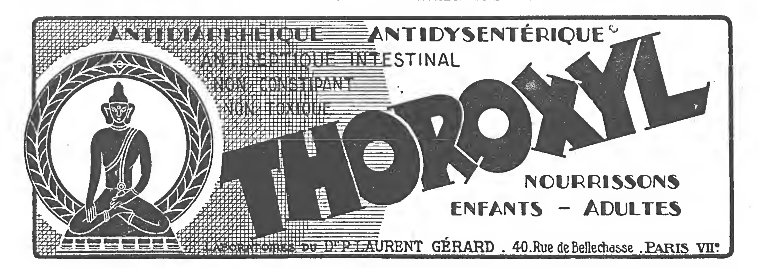
Les lésions histologiques sont calquées sur celles de la maladie de Recklinghausen de l'homme : résorption de la substance spongieuse et du cortex osseux, invasion des espaces de Havers élargis et du canal médullaire par du tissu fibreux, présence de lacunes de Howship renfermant des ostéoclastes, au niveau des espaces de Havers, sur les parois externe et interne de la substance compacte et le long des trabécules osseuses. La présence de tissu ostéoïde traduisant la néo-formation osseuse réparatrice et se substituant à l'os lamellaire primitif, les kystes, les hémorragies, tout en étant de constatation fréquente, ne doivent pas, selon J. et B., être regardés comme des critères essentiels pour le diagnostic d'ostéite fibreuse. P.-L. MARIE.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

G.-B. Faulfiey et A.-C. Ivy. ***Effet de la consistance de la nourriture sur la guérison de l'ulcère gastrique expérimental*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVI, n° 3, Septembre 1930). — Si l'on crée, chez le lapin, au moyen de la simple excision de la muqueuse gastrique, une perte de substance de 15 à 20 mm. de diamètre, celle-ci guérit en 30 jours, quelle que soit la consistance des aliments.

Mais si on réalise une lésion de mêmes dimensions plus difficile à cicatriser, en suturant à la soie les bords de la muqueuse excisée à la musculeuse, on constate qu'elle guérit si l'animal reçoit une nourriture molle, tandis qu'elle tend à devenir chronique si l'on donne au lapin des aliments grossiers. Souvent même il en résulte un véritable ulcère pouvant perforer la paroi gastrique. La suture au catgut semble avoir la même action retardatrice sur la guérison que la suture à la soie.

Ces résultats indiquent que dans l'ulcère de


ANTIDIARRHÉIQUE ANTIDYSENTÉRIQUE
ANTISEPTIQUE INTESTINAL
NON CONSTIPANT
NON TOXIQUE
THOROXYL
NOURRISSONS
ENFANTS — ADULTES
LABORATOIRES DU Dr P. LAURENT GÉRARD . 40. Rue de Bellechasse . PARIS VII°

l'homme, une alimentation molle et finement divisée doit faciliter la cicatrisation de l'ulcère, ce que confirme d'ailleurs l'observation clinique.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

S.-B. Wolbach et **K.-D. Blackfan.** ***Recherches anatomo-cliniques sur la néphrite dite tubulaire (néphrose)*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXX, n° 4, Octobre 1930). La néphrite tubulaire ou néphrose a été récemment l'objet de maintes discussions, mais la plupart des travaux concernent des cas observés chez des adultes, d'où complexité de l'étiologie et de l'anatomie pathologique, propice aux confusions. W. et B. ont basé leur étude sur 8 cas avec autopsie, survenus chez des enfants dont ils relatent en détail l'observation. Ils ont surtout cherché à savoir s'il était possible de déduire un diagnostic anatomique précis des données de la clinique et du laboratoire.

Ils rappellent les critères cliniques des lésions dégénératives pures des tubuli: début insidieux, sans infection préalable, albuminurie marquée, densité élevée, présence de cylindres, de leucocytes et de corps lipoïdiques, absence d'hématies, œdèmes accentués, abaissement des protéines du plasma, azotémie normale, tension artérielle normale, rémissions et exacerbations, terminaison par infections secondaires. Si l'on tient compte rigoureusement de ces critères, seuls 2 de ces 8 cas pouvaient être classés parmi les néphrites tubulaires pures, les autres ayant présenté de légères déviations de ce schéma susceptibles d'indiquer la présence de lésions rénales non réparables par simple régénération des tubes. Toutefois, le tableau anatomo-pathologique était semblable dans ces 8 cas et il n'existait aucune différence significative.

Les reins montraient, à n'en pas douter, les effets d'une même maladie, caractérisée par des lésions dégénératives de l'épithélium des tubes contournés aux divers stades de Fahr: tuméfaction trouble, présence de gouttelettes hyalines ou colloïdes dans les cellules, nécrose complète. Dans 4 cas, il existait de petites cicatrices et même, dans l'un d'eux, de la sclérose, résultat final de la nécrose complète des tubes. Dans aucun cas, il n'y avait de lésions glomérulaires ni d'infiltration cellulaire du tissu interstitiel, sauf au voisinage immédiat des nécroses tubulaires. Ces observations montrent que, quel que soit le degré de la lésion rénale à un moment donné, l'effet n'est pas cumulatif. Sauf en cas de nécrose complète frappant des zones étendues des tubuli, la réparation peut se faire complètement pendant les rémissions, tandis qu'il existe des preuves de remplacement individuel des cellules nécrosées (cellules adjacentes en division mitotique) pendant les exacerbations. Il semble possible que la néphrite tubulaire aboutisse finalement à un rein contracté, si l'on se base sur les cicatrices constatées.

La similitude du tableau clinique et anatomique dans ces 8 cas doit faire admettre une étiologie commune à cette véritable entité morbide de l'enfance. De son côté, l'anatomie pathologique du rein n'apporte pas de commencement d'explication aux troubles fonctionnels si importants qui caractérisent la maladie. Aussi W. et B. pensent-ils qu'il faut chercher ailleurs que dans le rein l'effet primitif de l'agent causal et que les manifestations capitales de la maladie ne sont pas la conséquence de la lésion spécifique du rein. La dénomination de néphrose ou de néphrite tubulaire n'est donc guère appropriée.

Les lésions thyroïdiennes (absence de la colloïde, atrophie et desquamation des cellules épithéliales, etc.) sont probablement la traduction de l'épuisement fonctionnel et ne sont donc ni la cause ni la conséquence directe des altérations rénales. Le rôle de la thyroïde dans la maladie est encore impossible à préciser.

Les lésions du foie (atrophie légère, dégénérescence des cellules hépatiques) peuvent également être regardées comme les effets d'un surmenage fonctionnel, résultat de la perte des protéines du sang.

P.-L. Marie.

H.-O. Moventhal et **B. Ashe.** ***La transfusion sanguine dans le mal de Bright*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXX, n° 4, Octobre 1930). — La transfusion peut être indiquée dans le mal de Bright soit pour améliorer l'azotémie résultant de l'insuffisance rénale, soit pour traiter l'anémie profonde fréquente chez ces malades, soit pour combattre l'œdème en élevant la pression osmotique circulatoire grâce à l'augmentation des protéines du sang.

Or, bien des médecins reculent devant cette intervention dans les néphrites, redoutant son action fâcheuse sur les reins. Cette crainte ne semble pas reposer sur des faits précis, mais sur des impressions préconçues.

Se basant sur leur expérience personnelle étendue et sur les résultats d'autres auteurs, M. et A. estiment que les accidents de la transfusion sont rares d'une façon générale, et qu'ils ne sont pas plus fréquents chez les brightiques que dans d'autres affections; c'est le cas, en particulier, pour l'anurie. Au contraire, il existe des exemples (Bell, Ramsay, etc.) qui montrent que l'anurie peut disparaître après la transfusion dans les néphrites aiguës.

En ce qui concerne l'action de la transfusion sur la fonction rénale, elle a été nulle dans les cas de M. et A. Il n'y a pas eu d'effet diurétique net et, chez les urémiques, l'azotémie n'a pas été améliorée. Mais on n'a constaté non plus aucune action fâcheuse sur le rein. D'autre part, la transfusion ne modifie pas la pression sanguine quel que soit son niveau initial. Par contre, l'anémie secondaire qui accompagne l'insuffisance rénale accentuée a été heureusement influencée. Dans un cas d'anasarque compliquant une néphrite chronique diffuse, ni les œdèmes ni l'ascite ne furent modifiés, bien que les transfusions répétées aient ramené l'hémoglobine et les hématies à la normale.

En somme, la principale indication de la transfusion dans le mal de Bright semble être l'anémie secondaire progressive qui va de pair avec l'altération de la fonction rénale. Dans ces cas, il est impossible de remédier à cet état par un régime riche en protéines qui aggraverait la rétention azotée. Les transfusions améliorent alors la condition du malade pour une longue période si le rein n'est que modérément touché, mais pour un temps relativement court si l'atteinte rénale est profonde. Il est d'ordinaire indispensable de faire des transfusions en série pour rétablir l'hémoglobine et les hématies à un taux voisin de la normale.

P.-L. Marie.

J.-F. Landon. ***Etude analytique de 100 cas de transfusion sanguine dans des maladies infectieuses*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXX, n° 4, Octobre 1930). — Dans les 100 cas de transfusion en question, il s'agissait de sujets gravement atteints et présentant souvent des complications.

Sur 27 cas de diphtérie, 15 moururent (55 pour 100). La transfusion semble dénuée de valeur dans les formes toxiques. Elle est absolument contre-indiquée lorsqu'il existe de la myocardite et dans le croup, surtout lorsqu'il est compliqué de bronchopneumonie; la mort a été hâtée par la transfusion dans 2 cas de ce genre. Cette intervention ne paraît avantageuse que dans les diphtéries traînantes où apparaissent de l'anémie et des troubles graves de la nutrition.

Parmi 25 cas de scarlatine transfusés il y eut 9 décès dont 3 dus à la maladie non compliquée. La transfusion n'a pas d'intérêt dans les scarlatines toxiques aiguës. Par contre, c'est un auxiliaire précieux dans les cas de mastoïdite, avant et après l'opération. Il n'y eut pas de décès parmi les mastoïdites chez lesquelles on fit la transfusion. Dans un cas de thrombose des sinus cette médication eut un effet héroïque. Elle peut rendre des services également dans le traitement pré et post-opératoire de l'empyème pleural, ainsi que dans les convalescences traînantes avec anémie et dénutrition.

Dans la rougeole, la transfusion a semblé utile dans les cas compliqués de broncho-pneumonie, de même qu'au cas de mastoïdite et d'empyème.

La coqueluche compliquée de broncho-pneumonie bénéficie de la transfusion qui n'est cependant pas sans danger, comme le montre le cas de mort par collapsus qui lui est imputable.

Dans 3 cas de poliomyélite à localisation bulbaire, la transfusion fut impuissante à empêcher la mort. Malgré l'opinion opposée d'Ottenberg et Libman, la transfusion a semblé utile dans 2 cas de fièvre typhoïde. Un cas de septicémie streptococcique sur deux a guéri.

P.-L. Marie.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

Wiley D. Forbus. ***Sur l'origine des anévrismes miliaires des artères cérébrales superficielles*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, tome XLVII, n° 5, Novembre 1930). — En étudiant les anévrismes miliaires des artères cérébrales, F. a découvert une particularité jusque-là inconnue de la structure des parois artérielles, dont dépend la formation de certains de ces anévrismes. C'est un défaut musculaire dans la tunique moyenne siégeant dans la portion de la paroi vasculaire, formant l'angle d'une bifurcation.

On peut trouver ce défaut dans d'autres artères que les artères cérébrales, notamment dans les artères coronaires et mésentériques. Cette malformation est aussi fréquente chez les sujets normaux que dans les cas pathologiques et est en rapport avec la structure normale des points de bifurcation. Le défaut de la tunique moyenne semble dater de la période embryonnaire, et on peut en donner une explication théorique par un défaut du développement musculaire au niveau de l'angle de bifurcation.

La tunique musculaire d'un vaisseau donné se développe aux dépens d'un groupe de cellules mésenchymateuses tout à fait séparées et distinctes de celles qui forment la tunique musculeuse des branches de ce vaisseau. Entre ces deux tuniques musculaires développées séparément, il peut se faire une fusion incomplète qui sera un lieu de moindre résistance dans la paroi et sera la cause d'un anévrisme miliaire.

Dans tous les cas où F. a trouvé des anévrismes des artères cérébrales, il a trouvé aussi des malformations de la média au point de division des vaisseaux cérébraux. Dans tous les anévrismes étudiés, il n'y avait point de fibre musculaire dans la paroi du sac anévrismatique, ce qui concorde avec l'explication proposée.

Il est donc possible de dire que les anévrismes miliaires des artères cérébrales superficielles et probablement aussi des autres artères sont tout à fait indépendants d'un processus inflammatoire, artério-scléreux ou d'un traumatisme; ces anévrismes ne sont pas autre chose que des malformations congénitales.

Ces anévrismes d'origine congénitale sont assez caractéristiques par leur nombre, leur siège et leur structure pour être distingués des anévrismes inflammatoires.

Robert Clément.


SANOGYL
MARQUE DE LA BIOTHÉRAPIE
PRÉVIENT ET GUÉRIT
GINGIVITES . STOMATITES
GANGRÈNE BUCCALE
PYORRHÉE ALVÉOLAIRE
Littérature
et Echantillons sur demande
H. VILLETTE
Pharmacien
131, r. Cambronne, PARIS-15e
Tél. : Vaugirard 11-23
SANOGYL

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

J.-S. Magnant (Bordeaux). ***Les fractures de l'apophyse odontoïde de l'axis*** (*Revue de Chirurgie*, tome IV, n° 1, Janvier 1931). — L'apophyse odontoïde de l'axis peut être le siège de solutions de continuité, isolées ou associées à d'autres fractures du rachis. L'intérêt de ces fractures consiste surtout dans le mécanisme de leur production et dans leur diagnostic très délicat.

Ces fractures — rares (3 à 4 p. 100 environ des fractures du rachis — paraissent relever de 2 mécanismes différents : 1° la modification de courbure; 2° l'arrachement ligamentaire. En dehors des fractures directes (coup de bâton), quand l'apophyse odontoïde se casse, c'est généralement au cours d'une chute ou d'un choc sur la tête, celle-ci étant en hyperextension ou, mieux, en hyperflexion. Or l'apophyse odontoïde présente normalement une courbure à concavité dirigée en arrière ; dans un mouvement d'hyperflexion, la tête de l'apophyse, qui marche avec l'atlas, subit une inflexion en avant qui tend à redresser cette courbure ; la base de l'apophyse se maintient en place avec le corps de l'axis lui-même; quand le maximum de résistance de l'apophyse est dépassé, elle se rompt en sa zone fragile, le col, où le tissu aréolaire est le plus développé, où s'attachent de chaque côté les puissants ligaments latéraux et sur lequel vient s'appuyer en arrière, comme une sangle, le fort ligament transverse. Deux mécanismes viennent donc se combiner pour déterminer la fracture ; c'est, d'une part, la flexion de l'os, et, d'autre part, l'arrachement par les ligaments. Dans le cas d'hyperextension, il y a exagération de la courbure et fracture au même point.

Les fractures de l'apophyse odontoïde peuvent exister, avons-nous dit, isolées ou associées. Leur originalité tient à ce fait que très souvent le bulbe n'est pas lésé.

Dans certains cas, leur diagnostic est des plus délicats et elles ne sont parfois découvertes que par la radiographie. Néanmoins avec une symptomatologie des plus frustes (douleurs accentuées par les mouvements, raideur du cou également exagérée par les mouvements, troubles paralytiques ou plutôt parétiques des membres supérieurs, attitude du blessé soutenant sa tête avec ses deux mains, crépitation à l'occasion des mouvements), des complications précoces ou tardives, mais surtout tardives (douleurs, gêne fonctionnelle) n'en restent pas moins fréquentes si une thérapeutique rationnelle ne leur est pas appliquée. La luxation brusque de l'atlas et la mort subite par compression bulbaire doivent toujours être présentes à l'esprit des chirurgiens.

On comprend qu'au point de vue médico-légal ces faits acquièrent une importance capitale et qu'une surveillance étroite et prolongée doive être exercée vis-à-vis de ces blessés dont on doit toujours faire réserver le pronostic.

Un seul moyen thérapeutique : l'immobilisation longtemps prolongée. Le plus satisfaisant est la minerve plâtrée remplacée ensuite par un collier en celluloïd ou en cuir armé ; mais si, malgré ces précautions, des radiographies en série décèlent une décalcification intense, une subluxation de l'atlas qui progresse, si le blessé présente des raideurs ou des douleurs persistantes, la greffe osseuse d'Albee paraît être tout indiquée; elle constitue le plus efficace et le plus sûr moyen de contention de la colonne cervicale fracturée.

Sur 17 observations de fractures isolées de l'apophyse odontoïde qu'il a recueillies dans la littérature, M. relève : 8 morts, 6 guérisons complètes, 3 guérisons avec séquelles. 2 observations inédites terminent ce travail.

J. Dumont.

REVUE NEUROLOGIQUE
(Paris)

G. Lévy. ***Les troubles de la parole au cours des états pseudobulbaires*** (*Revue neurologique*, XXXVII° année, tome II, n° 3, Septembre 1930). — Dans le tableau clinique si riche du syndrome pseudo-bulbaire que G. L. passe brièvement en revue, l'auteur s'attache plus particulièrement à l'étude des troubles du langage. Elle les range sous trois chefs :

1° Les troubles portant sur le rythme et le son du langage parlé. Comme l'avait dit Brissaud, ces malades ont perdu « la chanson du langage ». L'analyse montre qu'il existe des altérations de la phrase: brièveté et rapidité anormales, début explosif et terminaison expirante de la phrase — et des altérations de la voix: modification du timbre et disparition des modulations de la voix normale.

2° Les perturbations portant sur l'articulation des mots: dysarthrie et anarthrie. La dysarthrie se caractérise par la précession d'un son aspiré au premier son d'un mot, la difficulté à prononcer certaines lettres, la fréquence du nasonnement, l'impossibilité de chanter, la rapidité du débit, la brièveté et monotonie des phrases.

3° La palilalie, constituée essentiellement par: *a*) la répétition spontanée et incoercible d'un mot ou d'une courte phrase; *b*) la tendance au raccourcissement des phrases; *c*) l'accélération du débit et de l'élocution. La palilalie est presque toujours consciente et involontaire.

L'examen objectif met en évidence de gros troubles du côté du voile du palais (abolition du réflexe, atonie, parésie, nystagmus du voile), du larynx (parésie de l'adduction des cordes vocales), du diaphragme (respiration saccadée et ondulante).

La dysarthrie est de même due à une parésie de la musculature facio-linguo-masticatrice, et, par conséquent, purement motrice.

La palilalie traduit un déséquilibre et une dissociation de l'activité volontaire et de l'activité automatique.

Quant au siège anatomique des lésions qui tiennent sous leur dépendance ces troubles moteurs, il prête encore à discussion. Pour la palilalie, nous ignorons complètement la localisation anatomique de la lésion qui la conditionne.

En fidèle élève de Pierre-Marie, G. L. rappelle le rôle important joué par la région lenticulaire dans la dysarthrie et l'anarthrie, encore qu'une distinction sérieuse soit à établir, tant par leur caractère séméiologique que par les lésions qui les conditionnent, entre les troubles de la parole des pseudo-bulbaires et ceux des sujets atteints d'aphasie de Broca.

H. Schaeffer.

Van Bogaert. ***Contribution clinique et anatomique à l'étude de la paralysie agitante juvénile primitive*** (*Revue nurologique*, XXXVII° année, tome II, n° 3, Septembre 1930.) — Les observations anatomo-cliniques de paralysie agitante juvénile sont exceptionnelles. Willige, le premier, y consacrera, en 1911, un important mémoire. Ramsay Hunt en 1927 en rapporte quatre faits personnels, et considère cette affection comme la conséquence d'une abiotrophie progressive, systématisée, des neurones moteurs du globus pallidus. Il la distingue de la paralysie agitante sénile, symptomatique des modifications séniles et vasculaires du globus pallidus, ainsi que de la maladie de Wilson.

V. B. rapporte l'observation d'un malade dont l'affection débuta à l'âge de 7 ans par un tremblement du membre supérieur gauche, qui augmenta progressivement. Le malade décéda à l'âge de 30 ans. Le tableau chronique était constitué par: 1° un syndrome excito-moteur extrapyramidal (tremblement du type parkinsonien, spasmes mobiles fasciculaires, mouvements globaux lents, de faible amplitude, au niveau du tronc et de la ceinture pelvienne, instabilité choréiforme des mains); 2° un syndrome dystonique (rétropulsion); 3° l'apparition tardive de dysarthrie du type pseudo-bulbaire; 4° l'absence d'hypertonie marquée; 5° l'existence de troubles digestifs susceptibles d'être rattachés à une origine hépatique.

L'examen anatomique pratiqué a montré: 1° une chromatolyse et des dégénérescences lipopigmentaires des grandes cellules polygonales du noyau lenticulaire et du noyau caudé sans lésions vasculaires appréciables, ces lésions étant surtout marquées dans le globus pallidus; 2° des lésions cellulaires dégénératives beaucoup plus discrètes dans le corps de Luys et le locus niger; 3° l'intégrité du noyau rouge, de la couche optique, des noyaux dentelés du cervelet ainsi que de tous les autres segments du névraxe; 4° l'intégrité du foie.

L'auteur insiste cliniquement sur l'absence presque complète de rigidité et d'hypertonie qu'il rapproche de l'intégrité relative du locus niger et de l'atteinte progressive des muscles bulbaires, qui donnèrent au malade en quelques années l'aspect d'un grand pseudo-bulbaire, fait assez exceptionnel dans la maladie de Parkinson du vieillard.

Pour ces diverses raisons, V. B. se rattache à la conception de Ramsay Hunt, et pense que la paralysie agitante juvénile, primitive, mérite une place à part dans le cadre des affections extrapyramidales.

H. Schaeffer.

Alajouanine, Huc et Gopcévitch. ***Quatre cas d'une affection congénitale caractérisée par un double pied bot, une double paralysie faciale et une double paralysie de la sixième paire*** (*Revue neurologique*, XXXVII° année, tome II, n° 5, Novembre 1930). — Les auteurs rapportent 4 observations identiques, calquées les unes sur les autres, de troubles congénitaux consistant, d'une part, en atteinte bilatérale des VI° et VII° paires craniennes, donnant lieu à une double paralysie faciale avec amimie volontaire et réflexe, et à une double ophtalmoplégie externe limitée aux mouvements de latéralité, les autres mouvements oculaires étant normaux, avec un certain degré de strabisme convergent. D'autre part, il existe dans les quatre cas une malformation congénitale identique, un double pied bot. La fixité du regard et la convergence des globes oculaires ont tout d'abord fait croire par erreur à la cécité. La double paralysie faciale se manifeste d'abord par l'absence des mouvements de succion, et ultérieurement par l'amimie qui s'extériorise tout spécialement dans le rire et le pleurer. Le strabisme s'atténue avec l'âge et n'intéresse plus alors que les mouvements de latéralité, mais il touche également les mouvements volontaires et automatiques. L'examen du système nerveux est par ailleurs négatif.

A noter quelques éléments surajoutés toutefois : dans un cas l'aplatissement de la langue dans une de ses moitiés, dans un autre la coexistence de signes traduisant une encéphalite diffuse (retard

de la parole, de la marche, et convulsions).

L'étiologie de ces malformations curieuses reste assez confuse. Le père d'un de ces enfants était tabétique; un enfant subit un traumatisme obstétrical léger; les deux autres enfants ne présentaient aucun antécédent digne d'être signalé.

H. Schaeffer.

G. Guillain, J. Bertrand et R. Garcin. ***La forme cérébello-spasmodique de début des tumeurs de la moelle cervicale haute*** (*Revue neurologique*, XXXVII[e] année, tome II, n° 5, Novembre 1930). — L'intérêt de l'observation rapportée par les auteurs résulte, cliniquement, de l'association d'un syndrome cérébelleux net aux symptômes pyramidaux, anatomiquement de l'existence d'une large cavité syringomyélique intramédullaire. Quand cette malade vint consulter, elle présentait un syndrome cérébello-spasmodique typique qui fit penser tout d'abord à une sclérose en plaques, avec démarche ébrieuse et tremblement intentionnel. L'apparition de troubles des sphincters, d'impotence des membres inférieurs, de troubles de la sensibilité subjective et objective fit penser à la possibilité d'une compression médullaire que vint confirmer le résultat de la ponction lombaire montrant une dissociation albumino-cytologique. L'atteinte des membres supérieurs transforma la paraplégie en quadriplégie spasmodique. La malade mourut de broncho-pneumonie avec une paraplégie en flexion.

L'examen anatomique montra l'existence d'une tumeur, grosse comme une olive, s'étendant de la 2[e] cervicale au pôle inférieur du 4[e] ventricule, sans adhérences avec la dure-mère, mais impossible à séparer du tissu nerveux. Il s'agissait d'un neuroglione périphérique. Les coupes de la moelle montraient l'existence d'une cavité intramédullaire, ayant les caractères d'une cavité syringomyélique, s'étendant de C5 jusqu'au bulbe où elle se terminait dans la substance réticulée grise. Les contigents spino-cérébelleux directs et croisés gagnant le bulbe étaient dégénérés, ainsi que le faisceau pyramidal, ce qui explique le syndrome cérébello-pyramidal que présentait la malade.

H. Schaeffer.

REVUE MEDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCREAS ET DE LA RATE (Paris)

P.-L. Drouet. ***L'hyperbilirubinémie par la spléno-contraction à l'adrénaline ; son intérêt comme test d'insuffisance hépatique*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, tome V, n° 3, Mai-Juin 1930). — L'auteur a recherché les variations du taux de la bilirubine du sang après injection sous-cutanée d'adrénaline. Celle-ci produit, on le sait, une contraction de la rate et, par suite, une décharge de pigment biliaire, élaboré dans cet organe, si l'on admet la théorie de la biligénie extra-hépatique. Après avoir précisé la technique assez délicate de la mesure de la bilirubine, il donne les résultats de ses expériences. L'injection de 1 milligr. d'adrénaline augmente la teneur du sang en pigment biliaire (index biliaire et réaction diazoïque). Chez le sujet normal, le taux augmente pendant au moins une heure, avec retour au taux primitif en une heure trente. En cas d'insuffisance hépatique, le test est prolongé deux heures et au delà. L'allongement de la courbe pourrait donc servir de mesure du fonctionnement hépatique. D. considère ces faits comme des arguments en faveur de l'origine splénique, principale, des pigments biliaires. Il ne voit pas comment cette hyperbilirubinémie, véritable petit ictère, pourrait s'expliquer si le pigment était d'origine hépatique. Les trois seules hypothèses plausibles — contraction hépatique, vaso-constriction des vaisseaux hépatiques, décharge d'hémolysines spléniques libérant l'hémoglobine en excès, qui serait ensuite transformée par le foie — ne cadrent pas avec les résultats obtenus.

L'urobilinogène, recherché dans les urines, suit une courbe ascendante et revient en deux heures, parfois plus, à son point de départ. Ce parallélisme de l'urobilinogène et du pigment sanguin paraît plaider, pour l'auteur, contre l'idée d'un cycle entéro-hépatique de l'urobiline, et en faveur de la théorie tissulaire. La recherche de l'urobilinogène, après injection d'adrénaline, pourrait peut-être servir aussi comme test d'insuffisance hépatique.

A. Escalier.

P. Papin. ***Cholécystite calculeuse et cancer de la vésicule biliaire*** (*Revue médico-chirurgicale des maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, tome V, n° 3, Mai-Juin 1930). — Trois observations de processus néoplasiques évoluant sur des vésicules lithiasiques sont l'occasion d'une étude des rapports de la cholécystite calculeuse avec le cancer vésiculaire. — Ces cancers sont fréquents chez la femme, 75 à 80 pour 100 des cas. Si l'évolution néoplasique n'est pas très fréquente au cours des lithiases (2 à 8 pour 100 des lithiases opérées, d'après la moyenne des statistiques), elle ne se rencontre guère qu'en rapport avec elle (80 à 90 pour 100 des cancers vésiculaires se greffent sur une vésicule lithiasique). Celle-ci est donc une cause prédisposante de premier ordre, et on le comprend quand on connaît l'irritation chronique de la muqueuse existant dans les vésicules calculeuses, et la présence de tumeurs bénignes adénomateuses, « graines de cancer », relevée au cours des cholécystectomies (107 sur 2.588 cas dans la statistique de Mayo). Il n'existe pas de symptômes cliniques d'alarme permettant de prévoir l'apparition du néoplasme. Or, tout cancer vésiculaire diagnostiqué ou apparent au cours de l'intervention récidive dans l'année. Seuls guérissent les petits épithéliomas encore au début retrouvés par hasard dans des vésicules lithiasiques, enlevées comme telles.

Le risque de cancérisation vient donc plaider en faveur de la cholécystectomie, surtout chez les malades d'un certain âge, lithiasiques anciens. C'est le seul moyen d'agir efficacement contre un processus néoplasique sans cela fatal.

A. Escalier.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Landais. ***Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de la mortification pulpaire sans carie*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXII, n° 11 Novembre 1930). — L. donne une excellente étude étiologique de la mortification pulpaire sans carie, question intéressante, car le praticien non averti pourrait ne pas rattacher à une cause dentaire les conséquences de la mortification pulpaire s'il ne trouve pas de carie dentaire. Pour cette étude, L. reprend les définitions et la pathogénie de la nécrobiose et de la gangrène en général pour les appliquer à la mortification pulpaire, en faisant remarquer que les vaisseaux pulpaires sont terminaux, pénètrent par un orifice rétréci et sont emprisonnés dans une cavité inextensible.

a) La *nécrobiose pulpaire* peut être d'origine vasculaire, nerveuse ou tropho-dyscrasique.

1° *D'origine vasculaire*, par section, compression, oblitération ou spasme. La cause la plus habituelle est le traumatisme violent. Si tout le pédicule vasculo-nerveux est sectionné, la pulpe est détruite et la dent insensible aux impressions thermiques; si le nerf est respecté, la dent reste sensible aux influences thermiques et électriques, mais la pulpe est nécrobiosée; inversement, si le nerf est sectionné et les vaisseaux conservés, la dent insensible aux différences de température possède une pulpe vivante. Les traumatismes répétés, le traumatisme occlusal, le traumatisme au cours des traitements orthodontiques, au cours des cures radicales de sinusites, de kystes radiculo-dentaires provoquent les mêmes désordres, ainsi que les tumeurs malignes.

2° *D'origine nerveuse*, L. est tenté de rapprocher ces mortifications pulpaires d'origine nerveuse des ectosympathoses. Elles seraient dues à une irritation sympathique, à une « ataxie du système nerveux organo-végétatif avec troubles endocriniens »; peut-être doit-on invoquer le même mécanisme dans les cas de mortification pulpaire au cours des nodules pulpaires, des dents soumises à de grandes variations de température.

3° *Dans les états tropho-dyscrasiques*, le diabète entraîne de l'artérite; l'urémie, les lésions hépatiques modifient la composition du sang; l'anaphylaxie alimentaire engendre de l'hypocoagulabilité sanguine; l'hémogénie, de la fragilité des vaisseaux et de la tendance spontanée aux thromboses.

b) Les *gangrènes pulpaires* sont primitives ou secondaires.

1° Les *gangrènes primitives* sont habituellement *de cause locale*: foyer traumatique ouvert, propagation infectieuse de voisinage, fêlure de la dent, infection rétrograde par voie ligamentaire. C'est ainsi que, dans la pyorrhée, les microbes peuvent arriver à la pulpe par dénudation totale d'une racine, par voie cémentaire ou par un espace de Black rempli de tissu granulomateux.

Les gangrènes de cause générale, par artérite ou phlébite, semblent exceptionnelles.

2° Les *gangrènes secondaires à la nécrobiose* apparaissent au bout d'un temps plus ou moins long et le rôle de l'infection sanguine paraît prépondérant. Le foyer de nécrobiose est un point faible, une zone d'appel pour les germes virulents.

C. Ruppe.

Chompret et Dechaume. ***Carie dentaire d'origine toxique (morphine) ou médicamenteuse (iodure de potassium)*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXII, n° 11, Novembre 1930). — C. et D. donnent une bonne description des altérations dentaires présentées *par les morphinomanes*. Elles surviennent de longues années après le début de la toxicomanie, alors que l'état général est déjà ébranlé. Elles atteignent d'emblée ou rapidement les dents antérieures. La carie s'installe aussi bien au collet de la face vestibulaire que dans les espaces interdentaires et qu'au niveau des faces triturantes. Ces caries sont multiples, rapidement étendues, serpigineuses, de coloration brunâtre. Elles n'entraînent pas de douleurs spontanées et aboutissent lentement au ramollissement total de la dent. Les infections périapicales sont rares. Au bout d'un temps plus ou moins long, le morphinomane devient un édenté. Cette polycarie très destructive et indolore pourrait s'expliquer par la déchéance organique, la mauvaise hygiène buccodentaire, la diminution de mastication et de salivation du morphinomane. En réalité, l'anatomie pathologique semble autoriser la conception d'un trouble trophique, d'origine sympathique. Il y a hypoplasie de l'émail, décalcification de la dentine, pulpe atrophique sans réaction inflammatoire.

Les malades subissant des cures prolongées *d'iodure de potassium* présentent les mêmes lésions. « Celles-ci évoluent sans douleur, lentement, désespérément, rongeant en quelque sorte toute la couronne, ne laissant indemne, en général, que la surface triturante. La seule particularité importante, c'est la coloration uniforme des dents en jaune foncé, rappelant l'aspect de l'amadou mouillé ».

C. Ruppe.



LA GYNÉCOLOGIE
(Paris)

H. Vignes. ***A propos des affections aiguës de la glande mammaire pendant l'allaitement*** (*La Gynécologie*, n° 2, Février 1931). — Quand on étudie les infections aiguës du sein, une terminologie exacte est de rigueur. Les termes de lymphangite superficielle, de lymphangite profonde ou interstitielle, de mastite parenchymateuse répondent à des réalités anatomiques; peut-être, même, celui de galactophorite peut-il être conservé comme s'appliquant à un petit nombre de cas.

L'étude bactériologique montre habituellement que le microbe en cause est le staphylocoque, celui-ci donnant des infections aiguës et des infections plus torpides. Le fait est bien classique. D'autres microbes peuvent intervenir et certaines formes graves, diffuses, sujettes aux récidives, se cicatrisant mal, donnent une impression clinique analogue à celle que donnaient les plaies de guerre streptococciques. L'examen bactériologique confirme cette opinion.

Pendant longtemps, très longtemps, la notion d'engorgement laiteux a dominé la pathogénie de la mastite : la stase du lait, sa décomposition éventuelle sont autont de conditions que l'on supposait capables d'altérer le parenchyme glandulaire. Contre cette théorie, s'est produite une réaction. Il n'en semble pas moins vrai, pour V., que la rétention lactée est une condition favorable pour le déclanchement de l'infection; le fait que l'infection apparait lors d'un sevrage brusqué en est une preuve; le fait que l'on conjure les menaces de mastite par le port d'un bandage qui, soutenant le sein, favorise son évacuation, en est une autre. Mais il y a d'autres causes qui favorisent la pullulation microbienne : les contusions, les massages, l'emploi « enragé » des pompes et, en général, toutes les manœuvres qui se proposent de faire sécréter par force une glande qui n'en est pas capable.

A côté des mastites classiques, l'attention de l'auteur a été attirée par d'autres cas qui, tout en constituant une simple menace et non un abcès, lui ont semblé avoir une autre signification : il s'agit de femmes qui, brusquement, font une élévation formidable de température, comme dans les infections mammaires, et qui souffrent en une zone de la glande. La palpation montre un lobe injecté, qui se dessine sous la peau chez les femmes maigres et qui est bien limité. Il y a gonflement du lobe et il semble bien qu'il n'y ait pas de périlobite. S'agit-il de mastite ? d'infection légère ? Peut-être. Mais, peut-être aussi, faut-il invoquer une rétention lobaire, soit causée par un spasme du conduit galactophore, soit due à une obstruction du canal cervical par quelque chose de concret tel qu'une desquamation. V. a souvent vu des faits de cet ordre chez des femmes nerveuses, principalement chez celles du type hypervagotonique. La fièvre qui accompagne ces rétentions lactées serait assez analogue à la fièvre produite par l'injection de lait aseptique et l'expression de « fièvre de lait » dont les anciens ont abusé s'appliquerait, alors, assez heureusement, à cette éventualité. Ces rétentions spasmodiques, d'ailleurs, ne doivent pas être traitées à la légère. Elles peuvent, comme toute rétention lactée, s'infecter. Il ne faut pas les malmener, il ne faut pas les traumatiser.

La très grande variété des formes cliniques doit inciter à une très grande prudence dans l'appréciation des résultats thérapeutiques.

Après avoir exposé la prophylaxie des infections mammaires, V. aborde quelques points de traitement.

Il condamne l'expression, encore trop souvent employée.

Faut-il mettre l'enfant au sein ? La question est discutée. Si on la résout par l'affirmative, on en tire un avantage qui est de bien drainer, d'empêcher la stagnation. Mais il y a, peut-être, aussi, un inconvénient: c'est de traumatiser la glande. Mettre au sein quand existe une menace d'abcès est contraire au principe général qu'il faut mettre les foyers infectieux au repos.

Applications chaudes ou applications froides ? La glace a ses partisans. D'autres auteurs se louent de la chaleur : compresses chaudes, cataplasmes. Mais toute application diffuse de chaleur sur le sein a pour résultat immanquable de faire baisser la production du lait dans des proportions notables. Aussi l'auteur a-t-il cherché à obtenir des applications chaudes strictement localisées au lobe malade pour éviter l'action hypogalactogène sur la totalité de la glande : il a obtenu d'excellents résultats par le chauffage diathermique dans de nombreux cas sans abaisser notablement la production lactée.

V. discute, ensuite, l'emploi des vaccins.

Quand l'abcès est formé, il n'est pas douteux qu'il faille l'évacuer. Les procédés les plus divers, les ponctions, et, en particulier, les méthodes des ponctions répétées, les incisions économiques, l'incision large, voire même l'excision de tout le lobe infecté, ont donné d'excellents résultats. Pour apprécier la valeur d'un de ces procédés thérapeutiques, il faut tenir compte de la très grande variété des faits observés. J. Dumont.

LE NOURRISSON
(Paris)

A.-B. Marfan (Paris). ***Les causes et la pathogénie de la diarrhée cholériforme de la première enfance*** (*Le Nourrisson*, 18e année, n° 6, Novembre 1930). — Dans ce mémoire, M. reprend les parties de ses anciennes études qui concernent l'étiologie et la pathogénie de la diarrhée cholériforme des nourrissons et en même temps il examine si les nouvelles recherches sont de nature à modifier les conclusions auxquelles il avait été conduit.

Il fait observer dès l'abord que, si l'étiologie de cette maladie n'est pas encore pleinement élucidée et surtout si sa pathogénie est encore obscure, il reste indiscutable que le *choléra infantile* ou *diarrhée cholériforme* des nourrissons constitue un état morbide si bien caractérisé par ses symptômes qu'on ne peut le confondre avec aucun autre. Il se manifeste, en effet, par une diarrhée ordinairement intense avec symptômes d'une intoxication analogue à celle du choléra asiatique, quoiqu'on ne puisse la mettre en relation avec le vibrion cause de cette maladie.

Le choléra infantile s'observe pendant les trente premiers mois de la vie; il est plus fréquent pendant les fortes chaleurs de l'été, mais il peut s'observer en toute saison.

La diarrhée cholériforme est le plus souvent *primitive* et, comme telle, elle ne se développe que chez les nourrissons qui ingèrent un *lait animal*. M. ne l'a jamais observée chez des enfants exclusivement au sein. Elle est beaucoup plus fréquente chez les nourrissons qui ingèrent du lait non stérilisé ou mal stérilisé; elle est rare chez ceux qui absorbent du lait concentré sucré, plus rare encore chez ceux qui prennent du lait sec.

La plus importante des causes prédisposantes est représentée par les fortes chaleurs de l'été. Il faut également tenir compte des affections antérieures des voies digestives, mais le choléra infantile peut frapper des nourrissons en pleine santé.

Au point de vue *pathogénique*, l'histoire clinique et anatomique de cette affection montre qu'elle est essentiellement *une intoxication*. Celle-ci, pour M., a pour origine une infection ectogène, le microbe toxique étant apporté dans le tube digestif du nourrisson par le lait de vache. Les autres théories (infection endogène de Moro, Bessau ; intoxication ectogène; intoxication endogène ou alimentaire de Finkelstein) paraissent à M. beaucoup moins satisfaisantes.

Nombre d'auteurs allemands admettent que la diarrhée cholériforme est une manifestation de la fièvre de soif et de cette théorie il faut rapprocher celle que soutient en Amérique Mc Kim Marriott sous le nom d'*anhydrémie*. Cet auteur pense que, dans la diarrhée cholériforme, la déshydratation est la cause et non l'effet de l'intoxication.

La *diarrhée cholériforme secondaire* s'observe à la suite de différents états morbides: grippe épidémique, diphtérie non membraneuse, broncho-pneumonie, septicémie d'origine pyodermique, tuberculose miliaire, cachexie syphilitique, etc.

En terminant, M. cherche à établir une *théorie générale des syndromes cholériques*. Il suppose que l'élément commun aux divers syndromes cholériques est un défaut de fonctionnement, une anergie de l'épithélium intestinal. Le syndrome cholérique serait, en quelque sorte, dans les affections digestives, l'équivalent de l'urémie dans les affections du rein ou de l'asystolie dans les affections du cœur; il serait la manifestation d'une défaillance transitoire ou définitive de la fonction toxicolytique de l'épithélium intestinal.

G. Schreiber.

P. Lereboullet et **M. Lelong** (Paris). ***La néphrite hérédo-syphilitique du nourrisson*** (*Le Nourrisson*, 18e année, n° 6, Novembre 1930). — L. et L. ont vu évoluer chez un enfant de 3 mois, nourri au sein, une néphrite subaiguë, caractérisée par une anasarque, des vomissements, une albuminurie importante. Ces symptômes, coïncidant avec divers stigmates d'hérédo-syphilis et une réaction de Wassermann positive, font instituer un traitement mercuriel et arsenical. L'enfant guérit rapidement, a une croissance normale et se maintient guéri à l'âge d'un an.

A l'aide de cette observation personnelle et de 14 autres cas qu'ils ont pu retrouver dans la littérature L. et L. essayent de fixer les grands traits de la néphrite syphilitique du nourrisson.

Cette néphrite est vraisemblablement moins exceptionnelle qu'elle ne le paraît, mais elle n'a que dans un petit nombre de cas une individualité clinique définie.

Si l'on fait abstraction des lésions rénales découvertes à l'autopsie des mort-nés, on peut, *au point de vue clinique*, distinguer des *formes associées ou larvées*, bien décrites par le prof. Hutinel, et des *formes isolées*. Cette néphrite syphilitique précoce isolée est caractérisée par les deux grands symptômes de la néphrite syphilitique secondaire de l'adulte : les *œdèmes et l'albuminurie abondante*. Le chiffre de l'urée sanguine n'a pu être précisé dans aucune des observations rassemblées par L. et L., mais, dans leur cas personnel, ils ont trouvé une cholestérolémie très élevée, à 2 gr. 90, et qui s'est longtemps maintenue au-dessus de la normale.

L'*évolution* est variable. Sur les 15 cas qui ont servi de base à ce travail, 9 se sont terminés par la mort et, par ailleurs, L. et L. n'ont pu recueillir aucune donnée sur l'avenir lointain des 6 nourrissons qui ont survécu.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, on ne note généralement aucune altération macroscopique nette des reins; cependant on a constaté dans quelques cas exceptionnels des *gommes* du rein. Histologiquement ils'agit de néphrite mixte réalisant l'association de lésions interstitielles et parenchymateuses.

Le diagnostic se présente avec des difficultés variables selon qu'il y a ou n'y a pas d'œdèmes. On éliminera d'abord les œdèmes sans néphrite, de cause extra-rénale, bien qu'on puisse se demander dans quelle mesure la non-constatation d'albumine dans les urines permet d'affirmer l'intégrité fonctionnelle et lésionnelle des reins.

Au cas d'œdèmes et d'albuminurie importants, il faudra discuter minutieusement le syndrome qui se rapproche le plus de la néphrite syphilitique:


JÉCOL
COMBRETUM.....
BOLDO....EVONYMINE.....

la néphrose lipoïdique. Cette dernière est caractérisée par ses stigmates humoraux.

Le *traitement* doit être réglé méthodiquement : après un temps préparatoire mercuriel, on instituera l'arsénothérapie en commençant par des doses faibles et progressivement augmentées de façon à atteindre, par injection, la dose active de 1 centigr. 1/2 à 2 centigr. par kilogr.

Le plus délicat est de préciser la durée du traitement. D'autre part, on aura soin de bien préciser le mode d'alimentation approprié.

G. Schreiber.

L. Ribadeau-Dumas, R. Mathieu, Mayheny et **J. Fleury** (Paris). ***Les variations de l'équilibre salin et leur influence sur la croissance*** (*Le Nourrisson*, 18e année, n° 6, Novembre 1930). — Les auteurs ont été témoins d'un fait clinique qui montre l'action très différente des sels acides et alcalins donnés suivant les indications du moment. Chez un même nourrisson, ils ont pu assister à des alternatives curieuses d'hyperchlorémie et d'hypochlorémie. A la première répondent des chutes massives de poids, à la seconde des convulsions. Chaque fois que le phénomène se présente, on institue, suivant les cas, une cure par le bicarbonate de soude ou par le chlorure de calcium. Sous l'influence du sel administré suivant les indications, le poids remonte, l'appétit reprend et l'accroissement se fait normalement. Mais, au bout d'un certain temps, l'enfant cesse de croître : l'ascension reprend après suppression du sel jusqu'au moment où apparaissent à nouveau les signes d'acidose ou d'alcalose. Ces syndromes, qui se reproduisent plusieurs fois chez le même enfant, réalisent une série d'expériences purement fortuites au début, indépendamment de tout changement de régime, avec ou sans manifestations infectieuses. L'arrêt de la croissance noté à plusieurs reprises est donc bien en rapport avec l'administration de sels alcalins ou acides : tout se passe comme si l'organisme de cet enfant avait besoin, pour croître, d'un équilibre que l'excès d'acides ou de bases compromet facilement.

G. Schreiber.

LYON CHIRURGICAL

S.-S. Judine (Moscou). ***L'anesthésie locale pour les grandes opérations sur l'estomac*** (*Lyon chirurgical*, tome XXVII, n° 6, Novembre-Décembre 1930). — Toute le monde connaît la fréquence et la gravité des complications pulmonaires après les opérations sur l'estomac faites sous anesthésie générale. Leur pathogénie est encore embrouillée ; mais il est probable qu'interviennent en même temps des facteurs divers : action toxique directe des vapeurs anesthésiques sur l'épithélium broncho-pulmonaire, aspiration des mucosités de la bouche et du nez, voire parfois des liquides issus de l'estomac par vomissements, déficience du cœur directement touché par l'anesthésique, etc. Si l'on ajoute que l'intoxication générale de l'organisme, qui retentit, en particulier, sur le foie et le rein, ne permet plus à cet organisme de lutter victorieusement contre les causes d'infection péritonéale, on conçoit que les statistiques de chirurgie gastrique aient été grevées, jusque dans ces dernières années, d'une lourde mortalité opératoire, spécialement en ce qui regarde les résections, et qu'on ait cherché à recourir de plus en plus, pour cette chirurgie, aux différents modes d'anesthésie locale; grâce à sa bénignité, celle-ci a permis d'abaisser considérablement la mortalité de ces opérations et, par suite, d'en étendre de plus en plus les indications.

Personnellement, J. a passé par 3 étapes dans le choix du mode d'anesthésie pour ses interventions gastriques. Au début, il a opéré sous anesthésie générale : ses résections gastriques lui ont donné une mortalité opératoire de 25 pour 100 dans l'ulcère et de 50 pour 100 dans le cancer. Avec la rachianesthésie qu'il a employée ensuite, cette mortalité est tombée à 8 ou 10 pour 100 dans les résections pour ulcères et à 35 pour 100 dans les résections pour cancer. Depuis 1924, il fait toutes ses opérations gastriques sous anesthésie locale (anesthésie splanchnique) et, si la mortalité dans les résections pour cancer n'est pas descendue au-dessous de 30 pour 100 — ce qui tient incontestablement à ce qu'il opère des cas de plus en plus avancés — par contre, la mortalité de ses résections pour ulcères est tombée à 4 ou 6 pour 100.

Des résultats aussi heureux ont incité J. à recourir à la résection faite sous anesthésie locale, dans les cas d'ulcères perforés. Sur 76 de ces ulcères, 51 ont été réséqués par lui, avec une mortalité de 12 pour 100 seulement (communication faite à la *Société de Chirurgie de Paris*, le 13 Novembre 1929).

Dans le présent travail, J. publie un certain nombre d'observations de résections pour ulcères peptiques gastro-jéjunaux et de gastrectomies subtotales et totales faites sous anesthésie locale.

Sur 14 cas d'ulcères peptiques gastro-jéjunaux survenus après gastro-entérostomie et qu'il a supprimés par résection, il n'a eu que 2 morts (soit une mortalité de 14 pour 100), par affaiblissement progressif, l'une au bout d'un mois, l'autre au bout de 3 semaines.

Il a fait une vingtaine de résections subtotales de l'estomac (ne laissant subsister au voisinage du cardia qu'un petit segment de paroi gastrique antérieure et postérieure juste suffisant pour assurer l'anastomose cardio-jéjunale), tant pour ulcère que pour cancer. Des cancéreux, 2 seulement ont guéri et 5 sont morts de péritonite, les sutures n'ayant pas tenu ; par contre, aucun des ulcéreux n'a succombé, ce qui n'est peut-être qu'un hasard particulièrement heureux, mais où, néanmoins, J. ne peut s'empêcher de voir l'influence de l'anesthésie locale.

Quant aux résections vraiment totales de l'estomac, qui offrent des difficultés techniques encore plus grandes que les subtotales et qui jusqu'ici se chiffraient dans toutes les statistiques par une mortalité colossale, J. en rapporte 5 cas dont 1 pour syphilis gastrique et 4 pour ulcère qui toutes ont été suivies de guérison sans complication.

J. Dumont.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

E. Rollet. — ***La choroïdite syphilitique du vieillard*** (*Journal de Médecine de Lyon*, an XII, n° 269, 20 Mars 1931). — Des sujets âgés de 83, 65, 60, 55 ans se sont présentés à l'auteur, niant la syphilis, se plaignant uniquement d'une diminution marquée de la vision : il s'agissait d'une syphilis choroïdienne.

La seule image ophtalmoscopique d'une choriorétinite diffuse, avec troubles poussiéreux du vitré, dans la région axiale du fond de l'œil, permet d'affirmer une infection syphilitique récente. Peuvent relever d'une syphilis, comme manifestation tardive, les choroïdites en foyers, à disposition aréolaire, équatoriale ou même centrale. Toute hésitation dans leur nature sera levée si, comme dans les cas de R., il y a antécédents, reliquats d'iritis, signe d'Argyll Robertson, diplopie passagère ou séro-diagnostic positif.

Les malades de R. ont présenté un double processus : diffus (choriorétinite), circonscrit (choroïdite en foyers), soit un type mixte. R. inclinerait à conclure qu'il ne s'agissait pas d'une syphilis tardivement acquise, mais plutôt d'une syphilis contractée à la période adulte, méconnue chez les 6 femmes examinées. On notait ainsi des poussées nouvelles, greffées sur des lésions anciennes, d'accidents secondo-tertiaires.

Le traitement, efficace lors de poussières rétiniennes, accidents résolutifs, est sans action dans une choroïdite en foyers, lésions tardives et destructives.

A. Bujadoux. ***Les réactions sanguines dans la kératite interstitielle*** (*Journal de Médecine de Lyon*, an XII, n° 269, 20 Mars 1931). — Le professeur E. Rollet (de Lyon) a consacré une grande partie de ses recherches, pendant ces dix dernières années, à démontrer que la kératite interstitielle de Hutchinson était toujours hérédo-syphilitique. Cette idée paraît acceptée et l'on s'accorde à rejeter toutes les autres étiologies proposées ; quand elles existent, elles impriment au tableau clinique une allure bien différente du syndrome d'Hutchinson : on leur réservera le nom d'*infiltrations du parenchyme*. La kératite d'Hutchinson, par opposition, sera appelée *kératite hérédo-syphilitique*.

La réaction sanguine le plus fréquemment étudiée dans ce syndrome est la réaction de Bordet-Wassermann. Cette réaction est évidemment encore mal connue dans son essence; depuis 1914, à la suite de Nicolas et Gaté, beaucoup de syphiligraphes ont pu avec raison formuler contre ses résultats des critiques très sérieuses. Il est cependant un fait indéniable, c'est que, dans la kératite interstitielle, le pourcentage de B. W. positifs est impressionnant, aussi fréquent que dans la période secondaire de la syphilis acquise. L'auteur cite des statistiques connues, dont celle de Rollet qui, sur 109 cas a vu 88 p. 100 de positivités et 96 p. 100 si l'on ne tient compte que des cas récent. Avec une petite statistique personnelle qu'il publie, l'auteur arrive aux environs de 100 p. 100.

Le B.-W. positif, s'il n'est pas un signe certain de syphilis, doit donc être considéré au moins comme le signe le plus constant de la kératite interstitielle récente ; plus constant que les signes dentaires, auriculaires, osseux et articulaires, c'est un fait d'autant plus intéressant que l'épreuve du traitement y reste toujours négative.

J. Rollet. ***Les symptômes ophtalmologiques des tumeurs de l'étage moyen de la base du crâne : syndromes de compression du pédicule vasculo-nerveux de l'orbite*** (*Journal de Médecine de Lyon*, an XII, n° 269, 20 Mars 1931). — Parmi les syndromes paralytiques de la base du crâne qui ont récemment été étudiés avec beaucoup de précision, il convient de faire une place importante aux syndromes orbito-oculaires symptomatiques de lésions siégeant dans la région médiane du plancher de l'étage moyen de la base du crâne. En cet endroit, les organes destinés à l'œil et à ses annexes forment un véritable pédicule entourant l'hypophyse et s'étendant entre les deux apex pétreux et orbitaires. On peut y distinguer deux étages : supérieur ou sensoriel, inférieur ou sensitivo-moteur et vasculaire.

Une compression haute déterminera un syndrome sensoriel, se traduisant par des modifications du champ visuel qui le plus souvent sont très caractéristiques et par des modifications de la papille (atrophie, œdème) qui peuvent prêter à d'intéressantes discussions pathogéniques.

Une compression basse déterminera soit un syndrome sensitivo-moteur et vasculaire, dit «du sinus caverneux», soit seulement une ophtalmoplégie sensitivo- motrice ou syndrome de la paroi externe du sinus caverneux.

Une compression totale déterminera un syndrome pédiculaire complet ou sensorio-sensitivo-moteur et vasculaire, appelé également «syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal ».

C'est précisément la bilatéralité qui fait l'aspect si caractéristique du syndrome sensoriel ou chiasmatique. La compression basse est généralement

unilatérale; elle peut toutefois devenir bilatérale. De tels syndromes peuvent être dus à des tumeurs primitives (hypophyse, lobe temporal, chiasma, sphénoïde), métastatiques (sein, tube digestif, hypernéphrome) ou propagés (trompe d'Eustache, pharynx).

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin, Prague, Vienne)

H. Baumecker. ***Le diagnostic clinique de la syphilis gastrique hypertrophique*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 42, 17 Octobre 1930). — B. fait remarquer combien les observations de syphilis gastrique, soumises au contrôle anatomique, sont rares dans la littérature, si on les compare aux cas relativement fréquents où ce diagnostic est envisagé cliniquement.

Il soumet à la critique les caractères cliniques et anatomiques qui ont été attribués à la syphilis gastrique, et dont chacun n'a qu'une valeur bien limitée : coexistence d'une réaction de B.W. positive avec des troubles gastriques progressifs coupés de rémission; syndrome gastrique, souvent accompagné de tumeur palpable, survenant chez un sujet jeune, et sans grande cachexie; images radiologiques de microgastrie, de rigidité, de rétrécissement, quelquefois d'incontinence pylorique; constatation opératoire de sclérose diffuse de la paroi gastrique, sans tumeur véritable; enfin résultats de l'examen biopsique : absence de tissu cancéreux, tissu d'inflammation chronique typique de la sous-muqueuse. Seule, la constatation du spirochète dans cette dernière est pathognomonique. Le traitement d'épreuve doit généralement être proscrit, car il risque de faire perdre du temps en présence d'une lésion opérable. Les lésions histologiques elles-mêmes ne permettent souvent pas de faire avec certitude le diagnostic de syphilis gastrique.

B. rapporte une observation personnelle, dans laquelle semblent réunies toutes les probabilités pour le diagnostic de syphilis gastrique, mais qui n'emporte pas la certitude absolue.

Il s'agit d'une femme de 32 ans, qui souffrait depuis six mois de douleurs gastriques à irradiations dorsales, d'abord sans horaire spécial, puis plus violentes après le repas, avec des vomissements muco-salivaires de plus en plus fréquents. L'appétit était mauvais, et l'amaigrissement atteignait 15 kilogr.

Il n'y avait pas de tumeur à la palpation, mais la réaction à la benzidine était positive dans les selles. Le chimisme était hypoacide.

La réaction de Bordet-Wassermann était positive dans le sang.

L'examen radioscopique montrait un estomac rétréci, avec des ondes péristaltiques très superficielles, des encoches et une lacune de la grande courbure, une évacuation duodénale accélérée.

La gastroscopie (qui a rarement été faite dans la syphilis gastrique) montrait un estomac rigide et rétracté; le pylore, en particulier, était absolument rigide. L'ensemble de la muqueuse était oedémateux, et on voyait, près de la petite courbure, deux petites ulcérations recouvertes d'un enduit épais.

L'opération exploratrice, faite à l'anesthésie locale, permit de constater qu'il n'y avait pas d'adhérence péri-gastrique et qu'il y avait une réaction modérée assez peu intense. L'estomac était dur et scléreux dans son ensemble, surtout dans la région pylorique. Mais il n'y avait nulle part de tumeur limitée. Après incision longitudinale, la muqueuse se montrait atrophique; les ulcérations apparaissaient superficielles, sans cratère, absolument distinctes des ulcères gastriques qu'on observe habituellement. On préleva un fragment pour examen, sans faire ni résection, ni gastro-entérostomie.

L'examen histologique mit en évidence l'atrophie de la muqueuse gastrique; mais les lésions principales siègent dans la sous-muqueuse, qui est très épaissie, envahie par un tissu cellulaire vacuolaire, pauvre en cellules, parsemé de quelques amas de lymphocytes et de plasmazellen. Les lésions vasculaires ne sont pas très intenses, mais quelques vaisseaux présentent des infiltrats de cellules rondes dans leur adventice, un épaississement de l'intima, ou un rétrécissement de leur lumière; en quelques points, la coloration du tissu élastique met en valeur la présence de vaisseaux oblitérés. Il n'a pas été possible de trouver de spirochète.

L'observation de B. ne mentionne pas l'évolution ultérieure du cas ni les résultats du traitement spécifique. J. Mouzon.

H. Hoff. ***Intoxication par les sels métalliques et ingestion de vitamine D*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 42, 17 Octobre 1930). — H. a montré, dans des travaux antérieurs, que les animaux (lapins ou chiens), qui sont soumis à des doses toxiques de vigantol (ergostérine irradiée), présentent des lésions histologiques cellulaires importantes des centres nerveux : transformation globuleuse des cellules, vacuolisation et tigrolyse. Ces lésions évoquent l'idée d'une intoxication métallique, ce qui a conduit K. à rechercher par l'expérimentation quelle influence l'alimentation peut exercer sur les intoxications métalliques, selon qu'elle est pauvre ou riche en ergostérine irradiée.

Les expériences ont été faites sur le cobaye avec des sels de plomb ou de mercure. Elles ont montré qu'une alimentation riche en vitamine D augmente la résistance de l'animal à l'intoxication métallique, et qu'une alimentation privée de vitamine D l'abaisse. Pour déterminer la mort dans le même temps, il faut 3 ou 4 fois plus de poison, chez l'animal qui reçoit beaucoup de vitamine, que chez l'animal soumis à l'alimentation normale; il en faut 3 fois moins, au contraire, chez l'animal privé de vitamines. Le même fait s'observe quel que soit le mode d'administration, peroral, sous-cutané ou pulmonaire, du poison.

La vitamine D semble agir, à cet égard, en diminuant la perméabilité des membranes cellulaires, car la théophylline ou l'alcool, administrés préalablement, inhibent cette action.

H. suppose que les lésions nerveuses observées chez les animaux intoxiqués par des doses excessives de vitamine D résultent de l'imperméabilité des membranes cellulaires, qui ne permet même plus l'assimilation des substances nécessaires à la nutrition de l'élément.

Il envisage une série d'applications pratiques de ses expériences sur la perméabilité des membranes cellulaires et sur leurs variations sous l'influence de la vitamine D : le rôle aggravant de l'alcool dans les intoxications professionnelles par les métaux (Pb, Hg), l'action prophylactique qu'on peut attendre, en pareil cas, d'un régime riche en vitamine D, l'explication du rôle de l'association alcoolo-tuberculeuse dans la production de la polynévrite alcoolique, enfin la possibilité de rendre plus maniable la thérapeutique du cancer par le plomb, grâce à l'association de la vitamine D.

J. Mouzon.

J. Woll. ***Contribution à l'étude du diabète traumatique consécutif aux blessures du système nerveux central*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 48, 28 Novembre 1930). — L'observation, qui sert de thème à la discussion de W. est celle d'un homme de 38 ans, qui fut atteint à la tête par une balle de schrapnell perforante. La balle fut enlevée. Mais, en 1917, survint une hémiplégie gauche, qui dura environ six semaines. En 1920, le malade commença à se plaindre d'une asthénie progressive. A la fin de 1922 apparut la soif, et en 1923, on constata la glycosurie. Soumis à une cure méthodique, avec injections d'insuline, ce diabète resta d'abord modéré, sans acidocétose. Mais, au début de 1929, commença à évoluer une tuberculose pulmonaire; le diabète prit l'allure d'un diabète grave avec hyperglycémie (3 gr. pour 1000), et élimination abondante d'acétone et d'acide diacétique.

L'autopsie ne montra aucune lésion macroscopique ni microscopique du pancréas. Les lésions cérébrales intéressaient les deux premières circonvolutions frontales; le ventricule latéral droit était très dilaté. Un petit éclat se trouvait près de la queue du noyau caudé. Un second éclat se trouvait dans le 3e ventricule; il avait laissé la trace de son passage dans la partie moyenne du noyau caudé, au voisinage immédiat de la capsule interne.

On peut, dans un cas semblable, émettre l'hypothèse que l'éclat logé dans le 3e ventricule a pu intéresser le tuber et le noyau paraventriculaire. Mais le long intervalle de temps, qui s'est écoulé entre le traumatisme et l'apparition du diabète, ne permet pas d'établir de relation directe de l'un à l'autre.

W. semble se rallier, au sujet du diabète traumatique, à l'opinion de von Noorden : les glycosuries traumatiques, d'origine nerveuse, ne sont pas rares, mais il n'est pas prouvé qu'elles puissent être l'origine d'un diabète vrai, c'est-à-dire d'une insuffisance glycolytique liée à la déficience de l'appareil insulinien pancréatique. Tout au plus les lésions nerveuses peuvent-elles préparer un terrain favorable pour cette dernière. J. Mouzon.

A. von Probstner. ***Cinq cas de ruptures utérines à la suite d'erreurs de posologie dans l'emploi des préparations hypophysaires*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 48, 28 Novembre 1930). — Ces cinq observations sont utiles à rappeler, pour mettre en garde contre l'usage inconsidéré que l'on fait parfois de la post-hypophyse au cours de l'accouchement.

Le premier cas est celui d'une femme de 37 ans, VI pare, dont tous les accouchements avaient été normaux. L'accouchement ne progressant pas malgré l'engagement de la tête, on pratique plusieurs injections d'hypophyse, puis une basiotripsie. Après une douleur particulièrement violente, les douleurs cessent subitement. La malade est exsangue. Malgré une hystérectomie subtotale, elle meurt d'anémie aiguë. Il y avait rupture complète de l'utérus.

Le deuxième cas est celui d'une femme de 35 ans, III pare, dont les grossesses avaient également été normales. L'accouchement ne progressant pas malgré des douleurs très violentes, le médecin pratique deux injections sous-cutanées d'hypophyse, puis, un quart d'heure plus tard, une injection intra-veineuse. Après un nouveau quart d'heure, les douleurs s'exaspèrent encore, la malade s'affaiblit brusquement, est prise de vomissement. On constate une large perforation utérine. On pratique l'hystérectomie subtotale. Mais la malade meurt avant la fin de l'opération.

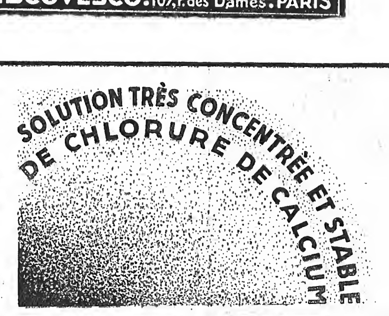
La 3e malade, âgée de 34 ans, V pare, a eu 2 accouchements normaux, un accouchement césarien et un mort-né. Le travail se prolongeant et les douleurs paraissant insuffisantes, on pratique simultanément une injection sous-cutanée et une injection intra-veineuse d'hypophyse. Une grande douleur se produit alors; puis toute douleur cesse. La malade perd ses forces rapidement et vomit, le pouls s'accélère. L'opération, pratiquée 6 heures après la rupture, permet de retirer le fœtus par cranioclasie. La rupture utérine est incomplète et peut être suturée. La malade guérit.

La 4e observation concerne une femme de 33 ans, IX pare, qui, après 24 heures de travail, avait cessé de souffrir. Le médecin fait une injection d'hypophyse à chaque cuisse. Les douleurs reprennent plus violentes, puis cessent brusquement. Asthénie et anémie progressives, vomissements. Tachycardie à 160. Malgré l'hystérectomie subtotale, la malade meurt, le 4e jour, de septicémie.

Le 5e cas est celui d'une IV pare de 39 ans, qui avait reçu, elle aussi, plusieurs injections d'hypophyse. La présentation était transversale, et le médecin avait extrait le fœtus par embryotomie, lors-



HÉMOSTATIQUE
RECALCIFIANT
ANTI-COLLOÏDOCLASIQUE
DÉCHLORURANT



SOLUCALCINE



COIRRE
5 Bd DU MONTPARNASSE
PARIS

que, au moment de provoquer la délivrance, il s'aperçut que l'utérus était rompu. L'opération fut pratiquée dans une situation désespérée. La rupture était complète. La mort survint à la fin de l'opération.

Sur ces 5 cas, il y eut donc une seule guérison (rupture incomplète). Sur les 4 autres, 3 moururent d'anémie, une d'infection. L'opération ne fut pratiquée que de 6 à 10 heures après la rupture, c'est-à-dire à une époque beaucoup trop tardive.

P. conclut que l'hypophyse doit être maniée avec prudence. Il faut commencer par 5 unités Vögtlin (0 cmc 5). Au besoin, on peut faire une nouvelle injection, 20 à 25 minutes plus tard. D'après la réaction utérine, on se rend compte si l'on peut faire 1 cmc (10 unités). On ne doit pas injecter plus de 2 cmc en l'espace de 1 à 2 heures. L'injection doit être faite sous la peau ou dans le muscle. La voie intraveineuse doit être réservée aux dernières phases de l'accouchement, quand la tête est déjà presque dégagée, ou en cas d'hémorragie par inertie utérine, après la délivrance. Elle peut alors être associée à la voie intramusculaire.

Les contre-indications sont les affections rénales ou cardiaques, l'éclampsie, un obstacle mécanique à l'accouchement (bassin rétréci, tête trop grosse ou trop dure), la menace de rupture utérine. Après injection d'hypophyse, le médecin ne doit plus abandonner sa patiente et doit la surveiller de très près. J. Mouzon.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Berlin)

O. Nordmann. ***Le traitement de la thrombo-angéite par l'hormone circulatoire de Frey*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXVII, Septembre 1930). — L'hormone circulatoire de E.-K. Frey et H. Kraut est un extrait pancréatique désinsuliné, qui paraît très analogue au produit introduit chez nous en thérapeutique par Gley et Kisthinios et par Vaquez. C'est un agent vaso-dilatateur, qui s'administre en injection intramusculaire, à raison de une ou deux injections, de une unité chacune, chaque jour.

N. fait l'éloge enthousiaste de cette médication, qui transforme l'évolution et le pronostic de la thromboangéite juvénile, et peut même agir d'une manière remarquable dans les accidents de l'artério-sclérose sénile. Bien entendu, il faut attendre pour juger du pronostic éloigné.

Les observations de N. sont au nombre de 4 : 3 de thromboangéite, une d'artérite sénile.

La première est celle d'un homme de 45 ans, non fumeur, qui, quelque temps après une gelure, présente des douleurs violentes du pied gauche, et une ulcération du 3e orteil, avec des signes d'oblitération artérielle. La désarticulation de l'orteil, faite le 24 Janvier, n'avait pas modifié les douleurs, qui persistaient depuis plusieurs mois. Les injections d'hormone circulatoire furent commencées le 18 Février, à raison de 2 par jour. Le 10e jour, les douleurs commençaient à diminuer. Le 8 Mars, on pouvait supprimer tout narcotique. Le refroidissement et la cyanose du pied disparaissaient. Après 63 injections, le malade pouvait reprendre ses occupations, complètement guéri.

La deuxième observation concerne un homme de 35 ans, grand fumeur, qui présentait depuis 2 mois un ulcère trophique du 2e orteil et des douleurs atroces, avec refroidissement et cyanose du pied. Le malade usait de nombreux narcotiques. Le traitement d'hormone circulatoire fut commencé le 25 Janvier, à raison de 2 ampoules par jour. Après quelques jours, les douleurs avaient beaucoup diminué. Après 18 ampoules elles avaient disparu. Le traitement ayant été interrompu, les douleurs reprirent, mais, quand on put renouveler les injections, elles diminuèrent de nouveau, et, après 20 nouvelles ampoules, elles avaient disparu. Après 64 injections, le malade était guéri. Il n'y avait plus aucun signe d'ischémie, et le malade reprenait son métier.

Dans la 3e observation, il s'agit d'un homme de 48 ans, non fumeur, qui, depuis un an, souffre de douleurs croissantes dans le gros orteil droit, avec cyanose et refroidissement permanents. L'extrémité de l'orteil est déjà nécrosée, mais les artères du pied battent. Le 25 Janvier, on commence les deux injections par jour d'hormone circulatoire. La cyanose avait disparu après 24 injections, les douleurs après 52 injections. On fit une régularisation de l'orteil nécrosé, et la guérison fut complète, les douleurs, la cyanose et le refroidissement ayant complètement disparu.

Le 4e cas est une gangrène sénile chez un homme de 59 ans, qui accuse, depuis un an, des douleurs croissantes du gros orteil gauche. Depuis un mois l'orteil devient noirâtre ; les souffrances deviennent insupportables et gagnent, de même que la cyanose, le pied et la jambe. Le pouls poplité a disparu. Grâce aux injections bi-quotidiennes d'hormone circulatoire, la douleur et la cyanose commencent à céder dès le 10e jour. On régularise l'amputation de l'orteil. Après 48 injections, le malade peut être considéré comme guéri, et peut abandonner tout narcotique.

Cette dernière observation met en valeur le rôle du spasme dans la gangrène sénile. J. Mouzon.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE

Poppi. ***Structure et fonction des cellules du tuber cinereum*** (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, tome XXXVI, fasc. 2, Septembre-Octobre 1930). — L'auteur étudie d'abord les différents noyaux de la région infundibulo-tubérienne et l'aspect morphologique des principaux noyaux du tuber chez l'homme. Il relève la condensation des corps tigroïdes à la périphérie des cellules de ces noyaux qui correspond à la condensation du réticulum étudié avec les méthodes de Donaggio, de Bielchewsky et de Cajal. Cette condensation s'explique par la présence d'une grande quantité de graisse riche en lipoïdes.

Dans le cytoplasme, en outre, on peut voir de nombreuses granulations sidérophiles comparables à celles de la surrénale et de l'hypophyse qui en représentent un stade évolutif plus avancé. Ces granulations se trouvent en grande quantité spécialement dans les grosses cellules des noyaux périventriculaires.

L'auteur se demande quelle peut être la fonction de ces cellules, due à la disposition particulière de leur réticulum et de leur substance chromatique. Il rappelle les recherches d'Abel, Collin, Sato démontrant dans le tuber la présence d'un principe doué d'activité biologique égale en qualité à celui que l'on retrouve dans les lobes postérieurs et médian, et aussi dans le lobe antérieur de l'hypophyse. Il signale la grande richesse vasculaire de la région infundibulo-tubérienne, et prétend que les graisses endo-cellulaires doivent être considérées, non comme des produits de désintégration, mais comme des produits d'intégration.

Il insiste sur les caractères particuliers des noyaux cellulaires gros et volumineux, mais jamais aplatis par la graisse, comme le fait arrive dans la dégénération pigmentaire. Pour terminer, il pose la question de savoir si les éléments cellulaires de ces noyaux sont de simples gardiens du principe actif hypophysaire, ou s'ils sont doués d'une activité propre analogue à celle des cellules des glandes à sécrétion interne. L'auteur incline pour cette seconde hypothèse. H. Schaeffer.

Morselli. ***Les tumeurs du lobe temporal gauche*** (*Rivista di Patologia nervosa et mentale*, tome XXXVI, fasc 2, Septembre-Octobre 1930). — Grâce aux progrès récents et indéniables de la chirurgie nerveuse, les neurologistes ont tenté de préciser avec d'autant plus de soin les signes susceptibles de localiser les tumeurs intracraniennes. Les tumeurs du lobe temporal gauche ont spécialement attiré l'attention des auteurs dans ces dernières années, et l'on peut dire qu'une triade symptomatique caractérise ces tumeurs : l'hémianopsie homonyme, l'aphasie sensorielle, et les hallucinations visuelles. Il est entendu que les éléments de cette triade symptomatique ne sont pas toujours présents, et qu'en dehors ou à côté d'eux peuvent exister d'autres signes dus à l'hypertension générale intracranienne ou à des signes d'irritation de voisinage. Parfois même les signes ne correspondent pas au siège réel de la tumeur mais au côté opposé : c'est alors qu'ils n'appartiennent pas à la triade symptomatique citée plus haut. C'est le cas du malade dont M. rapporte l'histoire.

En dehors des signes d'hypertension intracranienne — céphalée, vomissements, stase papillaire avec troubles de la vue, somnolence et torpeur —, ce malade présentait des signes pyramidaux gauches, avec extension de l'orteil, de l'hypoesthésie tactile du côté gauche, des signes cérébelleux—incertitude de la démarche, Romberg, réflexes pendulaires à gauche —, des signes vestibulaires — hyper-excitabilité calorique plus marquée à gauche, avec épreuve de l'indication —, de l'anosmie droite, une anisocorie avec mydriase gauche.

Une intervention chirurgicale fut tentée sur la région temporo-frontale droite, sans résultat. Le malade mourut, et l'examen anatomique montra l'existence d'un endothéliome, gros comme une mandarine, du lobe temporal gauche, repoussant le cerveau vers la droite. Le déplacement de l'axe encéphalique et la dilatation ventriculaire droite expliquaient sans doute la compression du cerveau droit. Il est vraisemblable que, dans le cas présent, un encéphalogramme aurait permis de déceler l'erreur d'interprétation bien justifiée.

H. Schaeffer.

LA PEDIATRIA (Naples)

G. Macciotta (Cagliari). ***Formes spasmophiles de l'enurésis infantile*** (*La Pediatria*, tome XXXVIII, fasc. 21, 1er Novembre 1930). — Après avoir différencié les énurésis infantiles essentielles et secondaires, M. étudie les facteurs pathogéniques pouvant être invoqués en se basant notamment sur 24 cas personnels se rapportant à des enfants âgés de 2 à 6 ans.

Dans 17 cas, M. a constaté une augmentation plus ou moins marquée de l'excitabilité galvanique avec inversion ou équilibre de la formule anodique, hypocalcémie et légère diminution de la concentration ionique. Les signes étaient associés, mais non d'une façon constante, à des symptômes d'hyperexcitabilité mécanique.

Discutant ces constatations, M. en déduit que, dans de pareils cas, l'enurésis peut être considérée comme une manifestation spasmophile liée à un état constitutionnel. D'ailleurs les rayons ultra-violets, associés ou non à l'administration de vitamine B et de l'hormone parathyroïde, guérissent ces formes d'une façon presque régulière.

G. Schreiber.

BOLLETTINO della SEZIONE ITALIANA della SOCIETA INTERNAZIONALE DI MICROBIOLOGIA (Milan)

A. M. Bonanno (Turin). ***Le comportement de quelques réactions biologiques dans l'échinococcose après l'intervention chirurgicale*** (*Bollet-*

tino della Sezione italiana della Società internazionale di Microbiologia, vol. III, fasc. 3, Mars 1931). — Un grand nombre de travaux ont été publiés jusqu'ici montrant l'importance des réactions biologiques pour le diagnostic de l'échinococcose; mais les recherches sur le comportement de ces réactions après la suppression chirurgicale des kystes hydatiques sont peu nombreuses. Elles aboutissent généralement à cette conclusion que, peu de temps après l'intervention chirurgicale, les réactions deviennent négatives et que, si la positivité persiste, il faut en déduire que quelques kystes ont échappé à l'observation ou bien que d'autres kystes se sont développés ultérieurement.

Les recherches de B. ont porté sur l'observation de 11 sujets opérés de kystes hydatiques (10 du foie, 1 de la glande thyroïde) et suivis pendant plusieurs années — jusqu'à 5 ans — après l'opération.

B. a pu ainsi noter que la réaction de Ghedini-Weinberg, la réaction endo-cutanée de Casoni, l'éosinophilie, la réaction hémoclasique de D'Amato (diminution des globules blancs dans l'espace d'une heure après l'injection intra-dermique du liquide kystique), qui sont positives avant l'intervention chirurgicale, se sont maintenues positives longtemps après l'intervention chirurgicale, dans certains cas même pendant 3-4 ans. Des 3 cas que B. a pu observer 3 ans, 5 ans et 7 ans après l'intervention chirurgicale, 2 présentaient encore la réaction de Ghedini-Weinberg et celle endo-cutanée de Casoni positives. La réaction hémoclasique de D'Amato est la première à disparaître, en fait de positivité : ensuite viennent l'éosinophilie, la réaction de Ghedini-Weinberg et la réaction de Casoni qui persiste plus longtemps que les précédentes.

En tout cas, il n'est pas logique d'attribuer la permanence de la positivité des susdites réactions, dans les cas d'échinococcose, après l'intervention chirurgicale, à la présence ou au développement de nouveaux kystes. Il faut en effet se rappeler :

1° Qu'il n'a pas été démontré — et les théories immuno-biologiques l'excluent — qu'un état de sensibilisation quelconque, provoqué par les substances antigènes (les réactions diagnostiques appliquées dans les cas d'échinococcose démontrent en effet l'existence de cet état de sensibilisation), doive disparaître dès que les antigènes ne pénètrent plus dans la circulation, car l'état de sensibilisation peut durer encore pendant longtemps, et même pendant toute la vie.

2° La disparition progressive de la positivité des réactions démontre que l'état de sensibilisation s'éteint peu à peu, car les anticorps spécifiques sont devenus de plus en plus rares dans la circulation; ce fait ne pourrait se produire si la positivité des réactions était maintenue par de nouveaux kystes.

3° Une deuxième intervention chirurgicale, pratiquée pour des troubles abdominaux chez un malade qui présentait encore positives toutes les réactions un an et demi après la première, n'a pas permis de découvrir d'autres kystes dans le foie, exploré pourtant à l'aide de plusieurs ponctions.

Ces faits démontrent que la positivité des réactions biologiques après l'intervention chirurgicale ne signifie point que de nouveaux kystes se sont développés, mais indiquent seulement que l'état de sensibilisation pour la maladie se prolonge encore.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie — New-York)

D.-L. Wilbur. ***Un cas d'anévrismes multiples des artères du bras droit avec communication artério-veineuse et embolie artérielle*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXX, n°. 2, Août 1930). — Il s'agit là d'une association de lésions vasculaires fort rare et posant maints problèmes délicats à résoudre.

Le malade, un paysan de 43 ans, lorsqu'il entra à la clinique Mayo, était atteint depuis 14 ans d'un anévrisme de l'artère humérale droite, à évolution progressive. Quelques mois auparavant, il avait ressenti soudainement une vive douleur au-dessus du poignet, au niveau de l'artère radiale, suivie de cyanose de la main. On ne trouvait chez lui aucun antécédent pathologique et rien ne permettait de suspecter la syphilis.

L'examen montrait une tumeur animée de battements expansifs, de 5 cm. de diamètre, au-dessus de l'épitrochlée, et une tuméfaction mollasse de 2 cm. de diamètre au niveau de l'artère radiale, à la partie moyenne de l'avant-bras. Les pulsations de cette artère, fortes au-dessus du poignet, cessaient brusquement au-dessous, et le malade ressentait une vive douleur en ce point. La paume, à la base de l'index, était cyanosée et le siège d'une tuméfaction molle, de même que l'index. Pas de signes anormaux à l'auscultation ni de modifications significatives des pressions artérielle et veineuse. La chaleur de la main droite, la dilatation des veines superficielles de la main et de l'avant-bras, les recherches calorimétriques, la présence de sang d'aspect artériel dans les veines de la main indiquaient l'existence d'une communication artério-veineuse. Enfin, le bras droit avait 3 cm. de plus que le gauche.

On lia l'anévrisme huméral, mais, bien que le courant sanguin de retour fût satisfaisant, il se produisit une douleur d'une telle intensité, liée vraisemblablement à des thromboses vasculaires, que l'avant-bras dut être amputé.

La dissection montra un petit anévrisme de l'artère radiale et une embolie sous-jacente, une dilatation anévrismale de l'arcade palmaire superficielle, de la 4e digitale et de la collatérale externe de l'index. Les veines superficielles étaient très dilatées et présentaient une structure artérielle, mais le siège de la communication artério-veineuse ne put être trouvé.

W. attribue les lésions artérielles soit à un vice de développement des artères, soit à un processus de sclérose siégeant dans leur paroi. Il semble que la communication artério-veineuse fût congénitale.

P.-L. Marie.

S.-E. Dorst et **R.-S. Morris.** ***Hypersensibilité aux bactéries de l'intestin; traitement par les auto-vaccins et le ricinoléate de soude*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXX, n° 5, Novembre 1930). — D. et M. ont cherché à approfondir la pathogénie de ces états intestinaux chroniques si fréquents et à symptomatologie si variée que l'on diagnostique sous les noms de colite spasmodique, colite membraneuse, entéronévrose, autointoxication intestinale, et qui simulent de près l'ulcère gastro-duodénal, l'appendicite et la cholécystite chroniques.

Leurs études cliniques et expérimentales les ont conduits à attribuer ces états à une hypersensibilité de l'intestin à l'égard de certaines bactéries. Celles-ci ne sont pas, contrairement à ce que l'on aurait pu penser, des bactéries se rencontrant rarement dans l'intestin, mais bien des bactéries de la flore « normale ». Cette hypersensibilité se révèle par les fortes réactions que provoque l'injection intradermique des cultures de certaines souches, isolées de l'intestin grâce à une étude bactériologique méticuleuse de sa flore. Les plus souvent en cause sont, dans l'ordre, le *B. coli communior*, le *B. coli communis*, le *B mucosus capsulatus*, le *B fœcalis alcaligenes* et le *B. proteus*.

L'hypersensibilité déterminerait un spasme local du côlon, analogue au spasme bronchiolaire de l'asthme, avec constipation et désordres réflexes variés consécutifs à l'interruption du rythme normal du côlon. Il est probable qu'une résorption de substances toxiques peut également avoir lieu.

D. et M. ont réussi à désensibiliser les malades au moyen d'injections minimes répétées d'auto-vaccins préparés avec les souches reconnues responsables. En même temps que disparaît la sensibilité cutanée, l'état clinique des patients s'améliore.

Le ricinoléate de soude se montre capable de détoxiquer *in vitro* bien des bactéries de la flore intestinale, comme le prouve la disparition des réactions cutanées à la suite de l'injection des souches qui produisaient des réactions violentes avant la détoxication. D'après les observations de D. et M., le ricinoléate possède la même action *in vivo*. Administré par la bouche sous forme de capsules, il dépouille la flore intestinale de ses propriétés antigènes, et il en résulte une auto-vaccination du malade. Les essais de D. et M. sont à cet égard très encourageants.

P.-L. Marie.

J.-W. Hinton. ***L'épreuve de l'adrénaline et la détermination du cholestérol dans le diagnostic des cas douteux d'hyperthyroïdie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXX, n° 5, Novembre 1930). — Il arrive souvent que des sujets présentent des symptômes d'hyperthyroïdie au début avec une légère augmentation de volume de la thyroïde et que l'on ait à préciser si le goitre est l'affection primitive ou s'il existe quelque autre état morbide responsable des symptômes, le goitre n'étant qu'un simple épiphénomène.

Pour différencier ces cas d'hyperthyroïdie éventuelle au début, H. a fait appel à l'épreuve de Goestsch à l'adrénaline complétée par la numération et l'établissement en série de la formule leucocytaire. Il n'en a tiré aucune indication utile pour le diagnostic. L'épreuve fut positive dans presque tous les cas, même dans certains qui présentaient une diminution du métabolisme basal. Elle se montra également positive chez des sujets qui n'offraient pas de signes d'hyperthyroïdie et qui avaient un métabolisme basal normal. L'épreuve paraît si sensible que tout patient présentant de l'augmentation de volume de la thyroïde réagit positivement, à moins qu'il n'existe une hypothyroïdie marquée.

Quant au dosage du cholestérol du sang, il a donné des résultats normaux dans tous les cas, qu'il y ait hyperthyroïdie ou hypothyroïdie accompagnant le goitre. Tiber a pourtant soutenu que la cholestérolémie était diminuée dans le goitre exophtalmique.

P.-L. Marie.

F.-E. Ball. ***Quelques problèmes dans le diagnostic et le traitement de l'hyperthyroïdie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXX, n° 5, Novembre 1930). — B. attire l'attention sur quelques points qui peuvent causer des difficultés dans le diagnostic et le traitement de l'hyperthyroïdie.

Et d'abord il insiste sur la nécessité de répéter l'épreuve du métabolisme basal lorsqu'une première détermination n'est pas venue confirmer un diagnostic clinique d'hyperthyroïdie qui semblait très probable. Il arrive en effet que les symptômes d'intoxication thyroïdienne précèdent l'élévation du métabolisme basal, comme B. en relate 3 cas. On risquerait autrement de considérer ces malades comme des neurasthéniques. Dans les cas de ce genre B. a pris l'habitude de donner, à titre d'épreuve thérapeutique, 1 centigr. d'iodure par jour.

B. montre ensuite à la lumière de 2 exemples que myxœdème et hypométabolisme sont deux choses différentes qui ne doivent pas être confondues. Il existe en effet une catégorie de cas où, à la suite de la thyroïdectomie, se développe du myxœdème et où l'on ne peut pas rétablir l'état normal en dépit de l'administration de thyroïde. Le myxœdème est une affection qui doit être dia-

gnostiquée cliniquement, et non par la seule épreuve du métabolisme. Le métabolisme peut être rendu normal ou presque par la thyroïde et l'iodure, et cependant le sujet présente encore les symptômes du myxœdème. D'autre part, l'hypométabolisme se diagnostique par l'épreuve de laboratoire. Le métabolisme est abaissé, mais le patient ne présente pas de symptômes. Dans un cas d'hypométabolisme (— 32), sans signes de myxœdème, que relate B., il se produisait de la fibrillation auriculaire chaque fois que l'on rétablissait le métabolisme à un taux normal.

B. rapporte 3 cas d'hyperthyroïdie récidivante avec hyperplasie du tissu thyroïdien laissé en place. La radiothérapie resta sans effet. De petites doses d'iodure améliorèrent la situation. Il rappelle le cas de Phemister où se produisit une récidive de l'hyperthyroïdie sans que l'on pût trouver de tissu thyroïdien à l'autopsie.

B. discute enfin les relations réciproques entre la grossesse et l'hyperthyroïdie qui sont si controversées. L'analyse de ses cas ne permet pas de conclure. Une de ses malades semblait faire des accidents à la suite de ses accouchements; chez une autre la conception sembla provoquer l'hyperthyroïdie qui ne fut pas améliorée par l'accouchement, alors que dans un autre cas analogue l'avortement thérapeutique mit un terme à l'intoxication thyroïdienne.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(Baltimore)

C.-A. Mills. ***Rôle possible du climat dans l'étiologie du diabète*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVI, n° 4, Octobre 1930). — M., qui a séjourné pendant plusieurs années en Chine et qui a été frappé des caractères du diabète dans ce pays, s'est demandé si le climat n'intervenait pas dans l'étiologie du diabète.

Dans ce travail il rapporte de nombreuses statistiques qui montrent que le diabète sévit de plus en plus à mesure que l'on s'écarte de l'équateur, sans qu'on puisse faire intervenir la question de race. On retrouve cette distribution selon le climat aussi bien aux Etats-Unis qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande. En Europe il existe de même une limite qui suit approximativement le 50° parallèle. Plus au nord, la fréquence du diabète augmente beaucoup, sans qu'on puisse invoquer des conditions ethniques ou alimentaires spéciales. Le Japon et la Chine, où le diabète est rare et bénin, semblent constituer une exception à cette distribution selon le climat; mais on peut attribuer le peu de fréquence du diabète au long été tropical humide qui règne tout le long de la côte asiatique presque jusqu'au cercle arctique.

Maints auteurs ont suggéré que l'accroissement de la consommation du sucre était le principal facteur responsable de l'augmentation du diabète. Il est exact que certaines races présentent une grande propension au diabète lorsqu'elles abandonnent leur régime alimentaire habituel pour la nourriture des étrangers qui contient plus de sucre (Chinois en particulier). Il est certain aussi que les Etats du Nord aux Etats-Unis consomment plus de sucre que ceux du Sud. Mais en Europe on ne peut guère invoquer cette différence de régime pour rendre compte de la diversité de fréquence de la maladie selon la latitude.

La question de la race ne peut pas non plus être un argument sérieux, car on voit les Irlandais être peu atteints par le diabète en Irlande tandis qu'ils sont très frappés dans le nord des Etats-Unis. De même les noirs très peu touchés par le diabète en Afrique, modérément atteints dans les Etats du sud des Etats-Unis, sont très souvent ses victimes dans les Etats du nord.

On est donc conduit à admettre que le climat est, en partie tout au moins, responsable de la fréquence du diabète dans toutes les races. Les régions dotées d'un climat très variable et stimulant sont celles qui présentent le maximum de diabétiques. Dans certaines d'entre elles, il est vrai, la vie est intensive et surmenante et la consommation du sucre excessive, mais dans d'autres, à climat également stimulant, on retrouve un taux de diabétiques à peu près semblable, sans une consommation de sucre élevée. On est porté à attribuer la grosse consommation de sucre à la même cause, à savoir la surexcitation causée par le climat très changeant qui provoque l'appétit pour le sucre, aliment qui libère très facilement de l'énergie.

P.-L. Marie.

E.-E. Ziegler. ***L'effet spécifique des sels biliaires sur les pneumocoques et la pneumonie*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVI, n° 4, Octobre 1930). — Z. a essayé de tirer parti du phénomène de Neufeld, c'est-à-dire de l'effet lytique des sels biliaires sur les pneumocoques, pour traiter la pneumonie.

Il a d'abord étudié en détail ce phénomène.

In vitro, la lyse des pneumocoques se produit à des dilutions extrêmement élevées; elle est encore évidente au taux de 1/25.000. En présence de sérum, elle se produit également, mais bien plus lentement que dans la suspension en eau physiologique. D'autre part, les sels biliaires ont un pouvoir lysant environ 5 fois plus élevé vis-à-vis des pneumocoques que vis-à-vis des hématies. Les pneumocoques, mis en présence de sérum humain, puis soumis à l'action des sels biliaires, se laissent dissoudre aussi facilement que lorsqu'ils n'ont pas été traités par le sérum. La présence des sels biliaires ne gêne aucunement l'action des anticorps (agglutinine) du sérum antipneumococcique spécifique.

In vivo, chez l'homme, les injections intraveineuses de sels biliaires (taurocholate de soude) ne se montrent pas toxiques. Elles ont une action cholagogue. Elles ne déterminent ni bradycardie ni hémoglobinurie, mais une légère anémie due à leur effet hémolytique sur les globules rouges. Mais, même avec des dilutions élevées (1 pour 100), elles peuvent avoir une action nocive sur les veines qu'elles tendent à oblitérer, et d'autant plus que la concentration en sels biliaires est plus forte.

Castellanos avait déjà traité avec des résultats encourageants 3 empyèmes, une méningite et une septicémie à pneumocoques par des injections locales ou intraveineuses de sels biliaires. Z. a employé la voie intraveineuse dans 3 pneumonies graves, dont une avec hémoculture positive. L'un des malades reçut jusqu'à 29 gr. de taurocholate. Chaque injection provoqua une baisse de température dont le maximum était atteint au bout de 12 à 24 heures. De l'analyse des cas il semble bien résulter que les sels biliaires exercent une action spécifique en hâtant la terminaison de la pneumonie. A ce propos, Z. envisage l'ictère dans cette affection, non comme un phénomène toxique, mais comme un mode de défense de l'organisme.

P.-L. Marie.

A.-S. Hyman. ***Réanimation du cœur par la thérapeutique intracardiaque*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVI, n° 4, Octobre 1930). — Membre d'une Commission chargée de contrôler les résultats de la thérapeutique intracardiaque qui a donné lieu à des opinions si différentes depuis que des communications retentissantes l'ont prônée, H. résume ainsi ses constatations:

De l'étude des documents sur la question résulte l'impression qu'il règne une grande confusion sur ce qu'on appelle « injection intracardiaque ». Peu d'auteurs se sont donné la peine de préciser le siège réel de l'injection qu'il ont pratiquée, péricardique, myocardique ou intracavitaire. Les recherches expérimentales montrent incontestablement qu'il est préférable de beaucoup de faire l'injection dans le myocarde lui-même. L'injection intrapéricardique est presque dénuée d'efficacité. L'injection dans les cavités du cœur se place entre ces deux modes d'injection du point de vue de sa valeur.

Cette thérapeutique donne plus de succès lorsqu'il s'agit d'un cœur normal soudainement arrêté que lorsqu'on a affaire à un cœur déjà touché par un processus pathologique.

Si l'adrénaline a été employée dans la plupart des cas, il existe une grande variété de médicaments qui se sont montrés efficaces pour réanimer le cœur arrêté: éther, caféine, glucose, hyposulfite de soude, camphre, etc.

La période pendant laquelle la réanimation reste possible ne semble pas être en rapport avec la durée de l'anémie cérébrale telle que les expériences des physiologistes avaient paru la fixer. Dans deux cas personnels la réanimation fut obtenue 11 et 14 minutes après l'arrêt du cœur.

L'injection intra-cardiaque ne fait courir aucun risque d'altération au myocarde.

Il faut savoir que dans bon nombre de cas la réanimation a pu avoir lieu, mais le patient a succombé sans cause apparente quelques minutes ou quelques heures après, dans un état de collapsus.

Dans les cas bien sélectionnés (absence de cardiopathie antérieure), on peut espérer obtenir la réanimation chez 25 pour 100 des sujets, grâce à l'injection intracardiaque.

Si l'on considère le grand nombre de substances capables de ranimer le cœur arrêté, on ne peut s'empêcher de penser qu'il s'agit plus d'un effet mécanique de la piqûre sur la paroi du cœur que d'une action chimique de la substance injectée. Le myocarde dans le cœur normal arrêté devient rapidement irritable avec le début de l'anoxémie. Dans ces conditions toute stimulation mécanique pourra provoquer la contraction automatique du cœur; ainsi s'explique le succès du massage et de la percussion du cœur. La piqûre crée un foyer de surexcitation d'où peut partir le stimulus pour la contraction myocardique. Les premières contractions du cœur après l'injection sont toujours des extrasystoles. L'arythmie extrasystolique initiale peut donner lieu rapidement à un rythme sinusal normal qui amène la prompte guérison du patient. Toutefois, si la période d'anoxémie a été si longue qu'il en soit résulté des troubles considérables dans les facteurs électrodynamiques contrôlant la contraction myocardique, l'arythmie extrasystolique initiale peut persister et être rapidement suivie d'une succession de battements ectopiques. Cet état amène une fatigue pathologique des ventricules qui peut être suivie de fibrillation ventriculaire, trouble ordinairement accompagné de collapsus mortel. Ceci expliquerait le collapsus secondaire auquel succombent des sujets qui avaient été réanimés.

L'auteur plaide en faveur de l'injection dans l'oreillette droite qui n'est pas plus difficile à faire que l'injection dans le ventricule gauche. Il se sert d'une aiguille de 10 cm. légèrement incurvée qu'il fait pénétrer dans le 3e espace le long du bord droit du sternum. Les oreillettes sont plus sensibles que les ventricules à la stimulation mécanique. D'autre part, la fibrillation auriculaire, si elle s'installe, a des conséquences moins graves que la fibrillation ventriculaire, le blocage physiologique intervenant pour ralentir le rythme ventriculaire.

L'injection intra-auriculaire doit être pratiquée dans tous les cas où la mort survient comme conséquence d'un arrêt du cœur. Les cas les plus favorables sont ceux où il n'existe aucune maladie générale ni aucune cardiopathie. Cette méthode se montre capable de sauver la vie du patient dans les morts survenant sur la table d'opération, à la suite d'hémorragie, de choc, d'anesthésie ou d'autres conditions mal définies, telles que l'état « thymo-lymphatique ». De même, en cas d'asphyxie des nouveau-nés.

P.-L. Marie.

CONSULTATIONS EXTERNES

1931 des Hôpitaux et Hospices de Paris 1931

I. — MÉDECINE ET CHIRURGIE GÉNÉRALES

Tous les jours (Dimanches et Fêtes compris) dans les Établissements ci-après.

(Entrée du Public : de 8 à 9 heures du matin.)

1° ADULTES

		MM.
Hôtel-Dieu	Médecine	Henri Bénard.
	Chirurgie	Cunéo.
Pitié	Médecine	Boulin.
	Chirurgie	Métivet.
Charité	Médecine	Mme Bertrand-Fontaine
	Chirurgie	Girode
Saint-Antoine	Médecine	Tzanek.
	Chirurgie	Braine.
Necker	Médecine	Hagueneau.
	Chirurgie	Mondor.
Cochin	Médecine	Debray.
	Chirurgie	Robert Monod.
Beaujon	Médecine	Decourt.
	Chirurgie	Guimbellot.
Lariboisière	Médecine	Hamburger.
	Chirurgie	Méline.
Tenon	Médecine	Coste.
	Chirurgie	Bernard.
Laennec	Médecine	Jacob
	Chirurgie	Proust.
Bichat	Médecine	Garcin.
	Chirurgie	Mocquot.
Broussais	Médecine	Marchal.
	Chirurgie	Reinhold.
Boucicaut	Médecine	Carrié.
	Chirurgie	Dujarier.
Vaugirard	Chirurgie seulement	Pierre Duval.
Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Médecine	Jacquelin.
	Chirurgie	Thalheimer.
Saint-Louis	Chirurgie seulement	Bloch (René).
Andral	Médecine seulement	Gutmann.
Salpêtrière	Chirurgie seulement	Gosset.
Maison de Retraite des Ménages (Issy-les-Moulineaux)	Chirurgie seulement	Lardennois.

2° ENFANTS

				MM.
Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)		Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Huber.
Enfants-Malades	Médecine.	Lundi	9 h.	Nobécourt.
		Mardi	9 h.	Apert.
		Mercredi, Samedi	9 h.	Darré.
		Jeudi	9 h.	Hallé.
		Vendredi	10 h.	Weill-Hallé.
		Dimanche	9 h.	A tour de rôle par les 5 médecins
	Chirurgie.	Tous les jours	9 h.	Ombrédanne.
Bretonneau	Médecine.	Mercredi	8 h.	Guillemot.
		Samedi	8 h.	Henri Grenet.
		Dimanche	8 h.	A tour de rôle par les 2 médecins
		Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi	8 h.	Marquézy, médecin des hôpitaux.
	Chirurgie.	Tous les jours	8 h.	Picot.
Trousseau	Médecine.	Tous les jours (sauf le Jeudi)	8 h. 1/2	Janet, médecin des hôpitaux.
		Jeudi	8 h. 1/2	Lesné
	Chirurgie.	Tous les jours	9 h.	Sorrel.
Hérold	Médecine.	Tous les jours (sauf le Vendredi)	9 h.	Turpin, médecin des hôpitaux.
		Vendredi	9 h.	Armand-Delille
Enfants-Assistés	Médecine.	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Lereboullet.
	Chirurgie.	Mardi, Jeudi et Samedi	10 h.	Veau.
Saint-Louis (Hôpital d'Enfants)	Médecine.	Tous les jours.	9 h.	Babonneix.
	Chirurgie.	Tous les jours.	9 h.	Mouchet.

II. — MÉDECINE ET CHIRURGIE GÉNÉRALES

(Consultations du soir)

				MM.
Cochin	Médecine.	Mardi, Vendredi	20 h.	Debray.
	Chirurgie.	Mardi, Vendredi	20 h.	Robert Monod.
Tenon	Médecine.	Mardi, Samedi	18 h. 1/2	Coste.
	Chirurgie.	Mardi, Samedi	18 h. 1/2	Bernard.

III. — INSTITUTS DE PUÉRICULTURE

				MM.
Hôtel-Dieu	Consultations de nourrissons.	Mardi, Samedi	9 h.	Chirié.
		Jeudi	14 h.	—
Pitié	—	Mardi	9 h.	Jeannin.
		Samedi	14 h.	—
Charité	—	Mercredi, Samedi	9 h.	Vignes.
Saint-Antoine	—	Lundi, Jeudi	9 h.	Lévy-Solal.
Beaujon	—	Lundi	13 h. 1/2	Levant
Lariboisière	—	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Devraigne.
		Samedi	14 h.	—
Tenon	—	Mardi, Samedi	9 h.	Ecalle.
		Jeudi	14 h.	—
Boucicaut	—	Mardi, Mercredi et Samedi	13 h 1/2	Le Lorier.
Saint-Louis	—	Mardi, Samedi	14 h	Cathala.
Maternité	—	Lundi, Mercredi et Vendredi	14 h.	Rudaux.

Baudelocque	Consultations de nourrissons.	Samedi	9 h.	Couvelaire.
		Mardi, Jeudi	14 h.	—
Tarnier	—	Lundi, Mardi	9 h.	Brindeau
		Jeudi	8 h. 1/2	—
		Samedi	14 h.	—
Bretonneau	—	Mardi, Samedi	9 h. 1/2	Marcel Metzger.
Enfants-Assistés	—	Jeudi, Samedi	9 h.	Lereboullet.

IV. — VACCINATION

VACCINATION ANTIVARIOLIQUE

Hôtel-Dieu	Lundi	9 h.
Pitié	Vendredi	9 h.
Charité	Samedi	8 h.
Saint-Antoine	Lundi	9 h.
Necker	Mercredi	8 h. 3/4
Cochin	Mardi	8 h.
Beaujon	Vendredi	8 h. 1/2
Hérold	Jeudi	8 h. 1/2
Lariboisière	Mardi	14 h. 1/2
Tenon	Mardi, Samedi	9 h.
Laennec	Mercredi	9 h.
Bichat	Lundi	7 h.
Saint-Louis	Jeudi	9 h.
Enfants-Malades	Mercredi	8 h. 1/2
Bretonneau	Lundi	8 h. 1/2

VACCINATION ANTITYPHOÏDIQUE

1° ADULTES

Cochin	Vendredi	18 h
Lariboisière	Samedi	17 h. 1/2
Saint-Antoine	Samedi	15 h.

2° ENFANTS

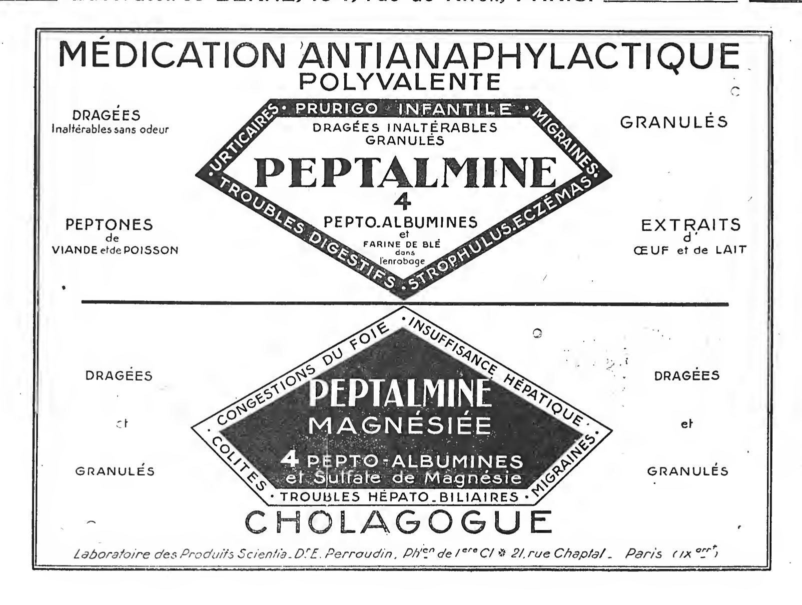
Bretonneau	Mardi, Jeudi	9 h.
Trousseau	Mercredi, Jeudi et Vendredi	9 h.

VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE

Saint-Louis (Annexe Grancher)	Jeudi	14 h.
Enfants-Malades	Tous les jours (sauf le Dimanche)	10 h.
Hérold	Jeudi	8 h. 1/2
Bretonneau	Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi	9 h.
Trousseau	Jeudi et Dimanche	9 h.

V. — MALADIES SPÉCIALES

				MM.
Femmes enceintes.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Chirié.
	Pitié	Tous les jours	9 h. 1/2	Jeannin.
	Charité	Lundi, Vendredi	9 h.	Vignes.
	Saint-Antoine	Tous les jours	9 h.	Lévy-Solal.
	Beaujon	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Levant.
	Lariboisière	Tous les jours	9 h.	Devraigne.
	Tenon	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Ecalle.
	Boucicaut	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Le Lorier.
	Saint-Louis	Mardi, Vendredi	9 h.	Cathala.
	Maternité	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Rudaux.
		Tous les jours de 8 à 12 h. et de 14 à	18 h.	
	Baudelocque	Tous les jours, de 8 à	18 h.	Couvelaire.
		(A la fondation Valancourt.)		
	Tarnier	Tous les jours et à toute heure		Brindeau.
	Bretonneau	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h. 1/2	Marcel Metzger.
Gynécologie. (Maladies des femmes.)	*Hôtel-Dieu*	Mercredi (suite de couches)	9 h.	Chirié.
	Pitié	Lundi, Mardi	9 h. 1/2	Jeannin.
		Samedi	14 h.	
		Lundi, Mercredi	9 h. 1/2	Chevrier.
		Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Fredet.
	Charité	Lundi	9 h.	Baumgartner.
		Jeudi	9 h.	Vignes.
		Lundi	9 h.	Küss.
	Saint-Antoine	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Lejars.
		Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Lapointe.
		Lundi, Vendredi	10 h.	Lévy-Solal.
	Necker	Mercredi, Samedi	9 h.	Schwartz.
		Mercredi, Vendredi	9 h.	Robineau.
	Cochin	Lundi, Mercredi et Vendredi	8 h. 1/2	Delbet.
	Beaujon	Lundi, Vendredi	9 h. 1/2	Basset.
		Mardi	9 h.	Levant.
		Mercredi	9 h. 1/2	Okinczyc.
	Lariboisière	Mercredi	10 h.	Devraigne.
		Samedi	9 h.	Sauvé.
	Tenon	Lundi, Jeudi	9 h.	Grégoire.
		Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Ecalle.
	Laënnec	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Proust.
	Broussais	Mercredi	10 h.	Bréchot.
	Boucicaut	Mardi	9 h.	Le Lorier.
		Vendredi	20 h.	
		Samedi	9 h.	Dujarier.
	Vaugirard	Lundi	9 h.	Pierre Duval.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Mardi, Samedi	9 h.	Desmarest.
	Saint-Louis	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Bazy.
		Mercredi	9 h.	Cathala.
		Lundi, Jeudi	9 h.	Cadenat.
	Broca	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	J. L. Faure.
	Maternité	Lundi, Vendredi	9 h. 1/2	Rudaux.
	Baudelocque	Mardi 9 h. et Samedi	14 h	Couvelaire.
	Tarnier	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h. 1/2	Brindeau
	Bretonneau	Samedi	9 h.	Marcel Metzger.
	Salpêtrière	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h 1/2	Gosset.
Consultation prénuptiale.	*Baudelocque*	Mercredi	10 h.	Couvelaire.


MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE
POLYVALENTE
DRAGÉES
Inaltérables sans odeur
GRANULÉS
• PRURIGO INFANTILE •
URTICAIRES
MIGRAINES.
DRAGÉES INALTÉRABLES
GRANULÉS
PEPTALMINE
4
PEPTO.ALBUMINES
et
FARINE DE BLÉ
dans
l'enrobage
TROUBLES DIGESTIFS
STROPHULUS.ECZÉMAS
PEPTONES
de
VIANDE et de POISSON
EXTRAITS
d'
ŒUF et de LAIT
DRAGÉES
et
GRANULÉS
CONGESTIONS DU FOIE
• INSUFFISANCE HÉPATIQUE
PEPTALMINE
MAGNÉSIÉE
4 PEPTO-ALBUMINES
et Sulfate de Magnésie
COLITES
MIGRAINES.
• TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES •
DRAGÉES
et
GRANULÉS
CHOLAGOGUE
Laboratoire des Produits Scientia. Dr E. Perraudin, Phcn de 1ere Cl 21, rue Chaptal. Paris (IXe arrt)

				MM.
Traitement de la stérilité.	*Hôtel-Dieu*	Mercredi	9 h.	Chirié.
	Charité	Jeudi	9 h.	Vignes.
	Saint-Antoine	Lundi, Vendredi	10 h.	Lévy-Solal.
	Lariboisière	Vendredi	10 h.	Devraigne.
		Mardi, Jeudi et Samedi	14 h.	
	Tenon	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Ecalle.
	Boucicaut	Mardi	9 h.	Le Lorier.
	Broca	Vendredi	11 h.	J.-L. Faure.
	Maternité	Lundi, Vendredi	9 h. 1/2	Rudaux.
	Baudelocque	Mercredi	9 h. 1/2	Couvelaire.
	Tarnier	Jeudi	9 h. 1/2	Brindeau.
	Bretonneau	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Marcel Metzger.
Consultations chirurgicales (hommes et femmes) (membres, thorax et abdomen) **Gynécologie**	*Cochin*	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Mathieu.
	Beaujon	Lundi, Jeudi	9 h.	Alglave.
	Tenon (thorax et abdomen)	Vendredi	9 h. 1/2	Roux-Berger.
	Saint-Louis	Lundi, Vendredi	9 h. 1/2	Chifoliau.
Nourrissons.	*Ambroise-Paré* (Boulogne-sur-Seine)	Tous les jours (*sauf le Dimanche*)	9 h.	Huber
	Enfants-Malades	Lundi	10 h.	Apert.
		Mercredi	10 h.	Weill-Hallé.
		Jeudi	10 h.	Nobécourt.
		Vendredi	10 h.	Darré.
		Samedi	10 h.	Hallé.
	Saint-Louis	Jeudi	9 h.	Babonneix.
	Trousseau	Jeudi	9 h.	Lesné.
	Salpêtrière	Lundi, Mercredi et Vendredi	10 h.	Ribadeau-Dumas.
	Enfants-Assistés	Jeudi, Samedi	9 h.	Lereboullet.
Rééducation des défauts de prononciation pour malformation congénitale.	*Enfants-Assistés*	Jeudi	11 h.	Veau.
Enfants arriérés.	*Enfants-Malades*	Mercredi	14 h.	Weill Hallé.
		Samedi	9 h.	
Maladies cutanées et syphilitiques.	*Saint-Louis*	Lundi	9 h. 18 h.	Milian.
		Mardi	9 h. 18 h.	Louste.
		Mercredi	9 h	Sézary.
			18 h.	Gougerot.
		Jeudi	9 h. 18 h.	Ravaut.
		Vendredi	9 h. 18 h.	Lortat-Jacob.
		Samedi	9 h.	Gougerot.
			18 h.	Sézary.
		Dimanche	9 h.	A tour de rôle par **les 6 médecins.**
	Cochin	Mardi	9 h.	Paul Chevallier.
		Mardi	20 h.	Pinard.
		Mercredi	9 h.	
		Jeudi	20 h.	Paul Chevallier.
		Vendredi	9 h.	
		Vendredi	20 h.	Pinard.
		Samedi	9 h.	
		Dimanche	9 h.	A tour de rôle MM. Pinard, Chevassu et Paul Chevallier.
	Broca. maladies cutanées	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Weissenbach.
		Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Touraine.
		Dispensaire Fracastor :		
	syphilis	Tous les jours	9 h.	Weissenbach.
		Mardi, Jeudi et Samedi	18 h. 3/4	
		Dispensaire Fournier :		
	syphilis	Tous les jours	9 h.	Touraine
		Lundi, Mercredi et Vendredi	18 h.	
	Charité	Mardi, Vendredi	18 h. 1/2	Sézary.
	Saint-Antoine	Mardi, Vendredi	de 19 h. à 20 h.	Tzanck.
	Beaujon	Lundi, Jeudi	20 h. 1/2	Louste.
	Bichat	Lundi, Vendredi	18 h. 1/2	M. Renaud.
	Boucicaut	Lundi, Jeudi	20 h.	N.....
	Tenon	Lundi, Jeudi	18 h.	Touraine
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Mardi, Vendredi	18 h.	Jacquelin.
	FEMMES ENCEINTES, MÈRES, NOURRICES ET NOURRISSONS			
	Maternité (Dispensaire antisyphilitique de la maternité)	Mardi	9 h. 1/2	Rudaux et Flandin.
	Pitié (Dispensaire antisyphilitique de la maternité)	Mercredi 18 h. Samedi	16 h.	Jeannin.
	Baudelocque (Dispensaire antisyphilitique de la maternité)	Lundi, Mercredi	14 h.	Couvelaire et Pinard.
		Vendredi	9 h.	
	Tarnier (dispensaire antisyphil. de la maternité)	Mercredi	10 h.	Brindeau et P. Chevallier.
	Lariboisière (dispens. antisyphil. de la maternité)	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Devraigne.
	Necker-Enf.-Malad. (Dispensaire antisyphilitique)	Mercredi	10 h.	Hallé.
	Trousseau (Dispensaire antisyphilitique)	Mardi	18 h.	Lesné.
		Mercredi	9 h.	
		Samedi	14 h.	
	Enfants-Assistés (Dispensaire antisyphilitique)	Mardi, Vendredi	9 h.	Lereboullet.

				MM.
Maladies exotiques.	*Saint-Louis*	Lundi, Mercredi, Vendredi et Samedi. . .	9 h.	Gougerot.
Blennorragie.	*Lariboisière*.	Tous les jours (sauf Dimanches et Fêtes). .	9 h.	Marion.
	Saint-Louis	Tous les jours. . . . . 8 h. et	19 h.	Heitz-Boyer.
	Broca (Disp. Fournier).	Lundi, Mercredi et Vendredi	18 h.	Toucaine.
	Tenon	Lundi, Jeudi	18 h.	Toucaine.
	Ambr. Paré (Boul.-s S.) .	Mardi, Vendredi.	18 h.	Jacquelin.
Maladies des voies urinaires.	*Necker*	Tous les jours, même le dimanche (hommes)	9 h.	Legueu.
		Tous les jours, sauf le dimanche (femmes) .	9 h.	Legueu.
	Cochin	Lundi, Jeudi	9 h.	Chevassu.
	Lariboisière. . . .	Tous les jours, sauf les dimanches et fêtes.	9 h.	Marion.
	Tenon	Mardi, Vendredi	10 h.	Grégoire.
	Vaugirard	Lundi	9 h.	Pierre Duval.
	Saint-Louis	Tous les jours.	8 h.	Heitz-Boyer.
	Salpêtrière	Mardi, Vendredi.	10 h.	Gosset.
Maladies des os et des articulations.	*Charité*	Vendredi	9 h.	Küss.
	Saint-Louis	Mardi	9 h.	Duvoir.
Orthopédie.	*Saint-Louis* . . . . (Hôpital d'enfants).	Lundi, Mercredi, Jeudi	10 h.	Mouchet.
	Enfants-Malades .	Tous les jours (sauf le dimanche)	10 h.	Ombrédanne.
	Trousseau (pr enf. seul.).	Lundi, Mercredi, Vendredi.	9 h.	Sorrel.
	Bretonneau (pr enf. seul.).	Mardi, Jeudi, Samedi	8 h.	Picot.
	Enfants-Assistés. . (Pour les enfants seulement).	Lundi, Mercredi, Vendredi.	9 h.	Veau.
Maladies nerveuses et mentales.	*Salpêtrière*	Lundi (maladies nerveuses).	8 h. 1/2	A tour de rôle, MM. Guillain et Crouzon.
		Mardi —	8 h. 1/2	Guillain.
		Mercredi —	8 h. 1/2	Crouzon.
		Vendredi (maladies mentales).	8 h. 1/4	Vurpas.
		Samedi —	10 h.	Nageotte.
	Hôtel-Dieu	Mardi (maladies nerveuses).	9 h.	Sainton.
	Pitié	Mardi, Samedi — (malades anciens).	8 h. 1/2	Laignel-Lavastine.
		Jeudi —	9 h.	Vincent.
	Saint-Antoine . . .	Mardi —	9 h.	Faure-Beaulieu.
		Mercredi, Vendredi (maladies nerveuses) .	9 h. 1/2	Comte.
		Samedi (épilepsie et maladies convulsives).	9 h. 1/2	Pagniez.
	Necker	Mercredi (neurologie chirurgicale)	9 h.	Robineau.
	Beaujon	Mardi (maladies nerveuses)	9 h. 1/2	de Massary.
	Laennec	Lundi —	9 h.	Beaudouin.
	Broussais.	Mercredi —	9 h.	Dufour.
	Ambroise-Paré (Boulogne s/-Seine). . .	Mardi —	9 h. 1/2	Monier-Vinard.
	Saint-Louis	Mercredi (maladies nerveuses des enfants).	9 h. 1/2	Babonneix.
		Vendredi (maladies mentales des enfants) .	9 h. 1/2	Babonneix.
	Bicêtre	Vendredi (épileptiques).	11 h.	Maillard.
Maladies des yeux.	*Hôtel-Dieu*	Tous les jours	9 h.	Terrien.
	Pitié	Tous les jours (sauf les dim. et jours fériés)	9 h.	Cerise.
	Saint-Antoine . . .	Mardi, Mercredi, Jeudi, Samedi	9 h.	Velter.
	Necker-Enf.-Malad.	Tous les jours (sauf les dimanches)	9 h.	Monthus.
	Cochin	Tous les jours (sauf les dimanches)	9 h.	Bollack.
	Beaujon.	Tous les jours	9 h.	Coutela
	Lariboisière	Tous les jours	8 h.	Poulard.
	Tenon	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes).	9 h.	Magitot.
	Laennec.	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes).	9 h.	Cantonnet.
	Saint-Louis	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes).	9 h.	Dupuy-Dutemps.
	Trousseau.	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Prélat.
	Ambr.-Paré (B.-s.-S.) .	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Monbrun.
Maladies du larynx, du nez et des oreilles.	*Saint-Antoine* . . .	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Grivot.
	Lariboisière. . . .	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades anciens).	9 h.	P. Sebileau.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades nouveaux).	9 h.	P. Sebileau.
	Tenon	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes) .	9 h.	Hautant.
	Pitié	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes).	9 h.	Halphen.
	Beaujon.	Tous les jours (dimanche excepté)	9 h.	Baldenweck.
	Laënnec	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades nouveaux).	9 h.	Bourgeois.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades anciens) . .	9 h.	Bourgeois.
	Saint-Louis	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades nouveaux).	9 h.	Lemaitre.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades anciens) . .	9 h.	Lemaitre.
	Boucicaut	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Moulonguet.
	Enfants-Malades .	Lundi, Mercredi et Vendredi (adultes). . .	9 h.	Le Mée.
		Mardi, Jeudi et Samedi (enfants)	9 h.	Le Mée.
	Trousseau (pr enf. seul.).	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades anciens).	9 h.	Rouget.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades nouveaux) .	9 h.	Rouget.
	Bretonneau (pr enf. seul.).	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes). de 8 à	9 h.	André Bloch.
	Hérold	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Bouchet.
	Ambr.-Paré (B.-s.-S.). .	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes).	9 h.	Ramadier.
Maladies des voies respiratoires.	*Hôtel-Dieu*	Mardi	9 h. 1/2	Halbron.
	Charité.	Samedi	9 h. 1/2	Sergent.
	Saint-Antoine . . .	Samedi (asthme et emphysème).	9 h.	Bezançon.
		Jeudi (Centre de triage antituberculeux, 28, rue de Cîteaux). . . . . . . De 8 h. 30 à	9 h.	Bezançon.
	Necker	Jeudi	9 h.	Laederich.

				MM.
Maladies des voies respiratoires. (*suite*)	*Cochin* (Disp. et centre de triage antituberculeux.)	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	N...
	Beaujon (Centre de triage antituberculeux.)	Mercredi	16 h. 1/2	Debré.
		Lundi, Mardi, Mercredi, Vendredi, Samedi	9 h. 1/2	Debré.
	Lariboisière	Jeudi	9 h.	Gandy.
	Tenon	Mercredi (hommes et femmes)	9 h.	Ameuille.
	Laënnec (Dispensaire Léon Bourgeois, 65, rue Vaneau) (Centre de triage antituberculeux).	Mardi (femmes)	9 h.	Rist.
		Mercredi (hommes et femmes)	14 h.	Rist.
		Vendredi (hommes)	9 h.	Rist.
		Lundi (hommes et femmes)	14 h.	Léon Bernard.
		Jeudi (femmes)	9 h.	Léon Bernard.
		Samedi (hommes)	9 h.	Léon Bernard.
	Salpêtrière	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Pruvost.
	Bichat	Tous les jours (sauf le Dimanche)	10 h.	Lemierre.
	Boucicaut (Centre de triage antituberculeux.)	Lundi, Jeudi	9 h. 1/2	Courcoux.
	Consultation pour les maladies des voies respiratoires	Mercredi (hommes et femmes)	9 h.	Courcoux.
	Bicêtre (Asthme)	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h. 1/2	Pasteur Vallery-Radot.
Maladies du cœur et des vaisseaux.	*Hôtel-Dieu*	Mardi	9 h. 1/2	Halbron.
	Pitié	Vendredi	9 h.	Aubertin.
		Mercredi	9 h.	Vaquez.
	Charité	Jeudi	9 h.	Tixier.
	Necker	Mercredi	9 h.	Brouardel.
	Lariboisière	Mardi	9 h. 1/2	Clerc.
	Tenon	Mardi, Vendredi	9 h.	Lian.
	Bichat	Mercredi, Vendredi (Maladies des veines : varices, hémorroïdes)	10 h	Troisier.
	Broussais	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Laubry.
	Saint-Louis	Lundi, Vendredi	9 h.	Duvoir.
	Andral	Mercredi	9 h. 1/2	René Bénard.
Maladies du sang.	*Cochin*	Lundi	9 h.	Paul Chevallier.
	Saint-Antoine	Mercredi	9 h.	Pagniez.
Maladies du tube digestif (estomac, intestin)	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Mercredi, Vendredi (estomac, intestin et foie)	9 h.	Carnot.
		Mardi, Jeudi, Samedi (Anus et rectum)	9 h.	Carnot.
		Mercredi	9 h.	Cunéo.
	Pitié	Lundi, Mercredi	9 h.	Loeper.
		Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi	9 h. 1/2	Chevrier.
	Charité	Lundi	9 h.	Baumgartner.
	Saint-Antoine	Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Bensaude.
		Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Chabrol.
		Jeudi	9 h.	F. Ramond.
	Necker	Mardi	9 h.	Schwartz.
		Mercredi	9 h. 1/2	Villaret.
	Beaujon	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Faroy.
		Mercredi (malades anciens)	9 h.	Harvier.
		Samedi (malades nouveaux)	9 h.	Harvier.
		Mercredi (consultation chirurgicale)	9 h. 1/2	Okinczyc.
	Lariboisière	Lundi	9 h.	Labey.
		Mardi	9 h.	Sauvé.
		Vendredi	9 h.	Herscher.
	Tenon	Lundi, Jeudi (intestin)	9 h.	Brulé.
	Laënnec	Mercredi (consult. médico-chirurgicale)	9 h. 1/2	N...
	Broussais	Samedi	10 h.	Bréchot.
	Boucicaut	Mardi, Vendredi	9 h.	Tremolières.
	Vaugirard	Mardi, Mercredi, Jeudi	9 h.	Pierre Duval.
	Saint-Louis	Mercredi	9 h.	Cadenat.
	Hérold (pour enfants seulement)	Mardi	9 h.	Paisseau.
	Salpêtrière	Lundi, Mardi, Vendredi	9 h. 1/2	Gosset.
	Ménages (Issy-les-Moulineaux)	Jeudi	9 h.	Brodin.
	La Rochefoucauld	Mardi, Vendredi	9 h.	Chiray.
	Ivry	Mercredi, Vendredi	9 h.	André Cain.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Mardi, Vendredi	9 h.	Desmarest.
		Jeudi	9 h. 1/2	Richet.
Maladies de la nutrition (diabète, goutte, obésité).	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Jeudi	9 h.	Rathery.
	Pitié	Lundi (hommes et femmes)	9 h. 1/2	M. Labbé.
		Mercredi (femmes)	9 h. 1/2	M. Labbé.
		Vendredi (hommes)	9 h. 1/2	M. Labbé.
	Charité	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Abrami.
	Necker	Mercredi	9 h. 1/2	Villaret.
	Tenon	Lundi, Mercredi	9 h.	Laroche.
		Jeudi	9 h. 1/2	May.
	Broussais	Mercredi	9 h.	Dufour.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Jeudi	9 h. 1/2	Richet.
Maladies du foie et des voies biliaires.	*Pitié*	Lundi (hommes et femmes)	9 h. 1/2	M. Labbé.
		Mercredi (femmes)	9 h. 1/2	M. Labbé.
		Vendredi (hommes)	9 h. 1/2	M. Labbé.
	Charité	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Abrami.
		Samedi	9 h.	Fiessinger.
	Saint-Antoine	Mercredi	10 h.	Chabrol.
	Necker	Mercredi	10 h.	Brouardel.
		Mercredi	9 h. 1/2	Villaret.
	Lariboisière	Jeudi	10 h.	Garnier.
		Vendredi	9 h.	Herscher.
	Tenon	Lundi, Jeudi	9 h.	Brulé.
	Saint-Louis	Mercredi	9 h.	Cadenat.

Maladies du foie et des voies biliaires (*suite*)	*Ménages* (Issy-les-Moulineaux)	Jeudi	9 h.	MM. Brodin.
	La Rochefoucauld	Mardi, Vendredi	9 h.	Chiray.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Jeudi	9 h. 1/2	Richet.
	Ivry	Samedi	9 h.	René Moreau.
Maladies du rein.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Jeudi	9 h.	Rathery.
	Charité	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Abrami.
	Necker	Mercredi	10 h.	Brouardel.
	Cochin (consultation chirurgicale)	Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Chevassu.
	Tenon	Mardi, Vendredi	9 h.	Lian.
	Saint-Louis	Lundi, Vendredi	9 h.	Duvoir.
	Bicêtre	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h. 1/2	Pasteur Vallery-Radot.
	Andral	Mardi	9 h. 1/2	Gautier.
	Ivry	Samedi	9 h.	René Moreau.
Maladies des glandes endocrines.	*Hôtel-Dieu*	Mardi	9 h.	Sainton.
		Jeudi	10 h.	Stévenin.
	Cochin	Jeudi	10 h.	Achard.
	Tenon	Lundi, Mercredi	9 h.	Laroche.
		Jeudi	9 h. 1/2	May.
	Ivry	Samedi	9 h.	René Moreau.
Rhumatismes.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Jeudi	9 h.	Rathery.
	Pitié	Jeudi	9 h.	Labbé.
	Cochin	Lundi, Vendredi	9 h.	Achard.
	Saint-Antoine	Mardi, Jeudi	9 h.	Bezançon.
Intoxications (Anaphylaxie).	*Ambroise-Paré* (Boulogne-sur-Seine)	Jeudi	9 h.	Richet.
	Bicêtre	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h. 1/2	Pasteur Vallery-Radot.
Maladies justiciables d'un envoi aux stations thermales et climatiques	*Necker*	Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h. 1/2	Villaret.
Consultation de physiothérapie.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Carnot.
Consultations dans les Services de Radiumthérapie. (Maladies justiciables d'un traitement par la curiethérapie et les Rayons X pénétrants.)	*Hôtel-Dieu*	Lundi	15 h.	Cunéo.
		Jeudi	9 h.	
	Saint-Antoine	Lundi, Vendredi	9 h.	Lapointe.
	Necker	Vendredi	9 h.	Robineau.
	Lariboisière	Lundi, Vendredi	9 h.	Labey.
	Tenon	Mercredi (hommes)	10 h.	Gernez.
		Vendredi (femmes)	10 h.	
	Salpêtrière	Tous les jours	9 h.	Gosset.
Maladies des dents.	*Hôtel-Dieu*	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Béliard.
	Pitié	Lundi, Mercredi, Jeudi, Samedi (Malades ouv. et opérateurs)	9 h.	Bozo.
		Tous les jours (traitement et pansement)	9 h.	
	Charité	Mardi, Samedi	9 h.	Maurel.
	Saint-Antoine	Lundi, Vendredi	9 h.	Thibault.
	Cochin	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Lebedinsky.
	Beaujon	Mardi, Samedi	9 h.	Schaefer.
	Lariboisière	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Rousseau-Decelle.
	Tenon	Mardi, Vendredi	9 h.	Lacronique.
	Laennec	Mardi, Samedi	9 h.	Darrissac.
	Broussais	Lundi, Vendredi	9 h.	Raison.
	Boucicaut	Mardi, Vendredi	9 h.	Fargin-Fayolle.
	Vaugirard	Mardi, Samedi	8 h. 1/2	L'Hirondel.
	Saint-Louis	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Chompret.
	Necker-Enf.-Malad.	Mardi, Jeudi (enfants)	9 h.	Gornouec.
		Mardi, Samedi (adultes)	9 h.	
	Bretonneau	Mercredi, Samedi	9 h.	Izard.
	Trousseau	Lundi, Vendredi	9 h.	Lemerle.
	Hérold	Jeudi	9 h. 1/2	Ruppe.
	Enfants-Assistés	Mardi, Vendredi	9 h. 1/2	Mahé.

Délivrance aux personnes munies d'un certificat émanant du Bureau de Bienfaisance de leur Arrondissement

d'Appareils orthopédiques, de Bandages.	*Hôtel-Dieu*	Mercredi	10 h.	Dujarier.
	Hôtel-Dieu	Mardi, Samedi	10 h.	Brocq.

LISTE

des Congrès et Manifestations médicales en 1931

4-6 Mai 1931. — *XVIe Congrès de médecine légale de langue française, Paris.*

Questions mises à l'ordre du jour :

I. Médecine légale :

a) La responsabilité médicale par MM. Donnedieu de Vabres et Duvoir (Paris); *b*) Etude médico-légale des accidents d'automobile, par M. Simonin (Strasbourg).

II. Pathologie traumatique :

L'appendicite traumatique, par M. Wiart (Paris).

III. Psychiatrie médico-légale :

Les crimes passionnels, par M. Lévy-Valensi (Paris).

Secrétaire général : M. Piédelièvre, 24, rue Gay-Lussac, Paris.

Pour tous renseignements concernant l'organisation du Congrès, s'adresser à M. Vernis, 29, quai de l'Horloge, *Paris.*

4 Mai. — *XLIVe Congrès de la Société française d'ophtalmologie, Paris.*

Rapport présenté : l'hérédité dans les affections oculaires, par M. Van Duyse (de Gand).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. René Onfray, 6, Avenue de la Motte-Picquet, Paris.

21-22 Mai. — *Journées prophylactiques de Toulouse-Luchon.*

Des conférences auront lieu, faites par MM. Haurion, Chatellier, Riser et Laurentier.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Sicard de Plauzolles, 44, rue de Lisbonne, Paris.

24-25 Mai 1931. — *Congrès de la lithiase urinaire, Vittel.*

Programme du Congrès :

Section médicale. — 1. Traitement médical de la lithiase urinaire. Rapporteur : M. Marcel Labbé. — 2. La lithiase urinaire chez l'enfant. Rapporteur : M. P. Merklen. — 3. Infection dans la lithiase urinaire. Rapporteurs : M. Marion et M. Abrami. — 4. Troubles fonctionnels des reins dans la lithiase urinaire. Rapporteurs : M. Vallery-Radot et M. Maurice Derot. — 5. Lithiase urinaire et maladie de la nutrition. Rapporteur : M. Guy-Laroche.

Section chirurgicale. — 1. Indications du traitement chirurgical de la lithiase urinaire. Rapporteur : M. Legueu. — 2. Anurie calculeuse et son traitement. Rapporteur : M. E. Jeanbrau. — 3. Les calculs bilatéraux des reins; indications opératoires. Rapporteur : M. André. — 4. L'utilisation des voies naturelles pour le diagnostic et le traitement des calculs urinaires sus-vésicaux. Rapporteur : M. Chevassu. — 5. Les causes des récidives après l'ablation chirurgicale des calculs du rein. Rapporteur : M. Pasteau. — 6. Les opérations conservatrices dans la lithiase rénale. Indications et technique. Utilité de la pyélographie. Rapporteur : M. Papin. — 7. Lithiase urinaire et radiologie. Rapporteur : M. Belot.

Section hydrologique. — 1. La physiopathologie de la cure de diurèse dans les affections lithiasiques. Rapporteurs : M. Santenoise et Violle. — 2. Indications respectives de la cure hydrominérale et du traitement chirurgical de la lithiase urinaire. Rapporteurs : MM. Minet et Mousseaux. — 3. Modifications des formes de cristallisation de l'acide urique au cours de la cure diurétique. Rapporteur : M. Finck. — 4. Modifications apportées aux conditions de la circulation au cours du traitement de la lithiase rénale par la cure diurétique. Rapporteur : M. Amblard. — 5. Modifications apportées à l'équilibre physico-chimique sanguin, au cours du traitement de la lithiase rénale par la cure diurétique. Rapporteur : M. Violle. — 6. Traitement de la lithiase oxalique. Rapporteur: M. Lhuillier. — 7. Traitement des complications septiques de la lithiase urinaire par la cure diurétique. Rapporteur : M. Guyonneau. — 8. Eliminations sableuses ou calculeuses pendant la cure diurétique ou à sa suite. Rapporteur : M. Henri Paillard (Clermont-Ferrand). — 9. Traitement de certaines formes rares de la lithiase urinaire, par la cure diurétique. Rapporteurs : MM. Buche et Pagel. — 10. Traitement de la lithiase phosphatique par la cure diurétique. Rapporteur : M. Marcotte. — 11. Modifications sanguines de l'uricémie pendant la cure diurétique. Rapporteur : M. Robert Casteran. — 12. Influence de l'hydrothérapie et la cure d'exercice sur la migration des calculs urinaires. Rapporteurs : MM. Maurice Boigey et Jean Brusset. — 13. Pendant le Congrès aura lieu une séance de présentation de radiographies ayant trait à la lithiase urinaire. Elle sera dirigée par M. Darricau.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général du Congrès de la lithiase urinaire, Vittel (Vosges).

26-28 Mai. — *VIe Congrès international de Thalassothérapie, Berck-Plage.*

Questions mises à l'ordre du jour :

Le traitement de la coxalgie et de ses séquelles.

Rapporteurs : France : MM. Delahaye et Galland. — Argentine : MM. Luis A. Tamini, Carlos E. Mosoteguy, Rodolfo Rivarola, Ricardo d'Etchessary, Rodolfo Pasman. — Italie : MM. Delitala, de Francesco, Ceresole. — Roumanie : MM. Balacescu, Jacobovici. — Yougo-Slavie : MM. Yovtchitch et Gradoyevitch.

Communications :

Les eaux artésiennes d'Ostende et le nouveau palais thermal, par M. Terwagne.

La tuberculose du péritoine et le traitement héliomarin en sanatorium maritime pour enfants, près de Varna (Bulgarie), par M. Nedelcoff.

Le traitement de la coxalgie au sanatorium C.T.C. Carmen Sylva, près Constantza (Roumanie), par MM. Climescu et St-Ianas.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Parin, Hôpital Maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Mai 1931. — *IIIe Congrès pankrainien des thérapeutes. Kiel.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1° L'organisation du service de la santé publique soviétique ; 2° L'hypertonie et l'hypotonie; 3° Les affections de l'hypophyse; 4° Ictère; 5° La clinique des maladies professionnelles.

Questions recommandées :

1° La clinique des tumeurs pulmonaires ; 2° l'angine de poitrine.

Secrétaires : MM. E. Krister, rue Krouglo-Universitetskaïa, 7, app. 11, Kiel et B. K. Kogen, Rue Pouchkine, 23, app. 11 Kiel.

8-14 Juin. — *Congrès international des hôpitaux, Vienne.*

Questions mises à l'ordre du jour :

Le prix de revient de la construction des Hôpitaux, par M. Distel (Hambourg).

Le rôle de l'infirmière à l'hôpital, par Mlle Reimann (Genève).

La terminologie hospitalière, par M. Wirth (Francfort).

La législation hospitalière, par M. Harper (Wolverhampton).

Les services accessoires de l'hôpital, par M. Wortmann (Hilversum).

Le prix de la journée d'hospitalisation, par M. Gouachon (Lyon).

Les consultations externes, par M. Corcoin (de New-York).

L'alimentation des malades, par M. von Noorden (Vienne).

Les effets de l'assurance maladie sur la pratique hospitalière.

La place de la neurologie et de la psychiatrie à l'hôpital général, par M. Alter (Dusseldorf).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. J. Tandler, 9, Rathausstrasse, Wien 1.

13-15 Juin 1931. — *Congrès annuel scientifique de l'Association générale des médecins roumains, Constantza.*

Rapporteurs : MM. Cantacuzène, Balacescu et Zotta.

15-20 Juin. — *VIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, La Haye.*

Les questions mises à l'ordre du jour sont : 1° Recrutement, transformation et perfectionnement des médecins et pharmaciens militaires. Rapporteurs (Pays-Bas, Yougoslavie); 2° psychonévrose de guerre: les effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux chez les combattants et les non-combattants. Rapporteurs (France, Etats-Unis d'Amérique); 3° les procédés d'hémostase du champ de bataille. Unification du matériel de première urgence et des conditions de son application. Rapporteurs (Pays-Bas, Italie); 4° Préparation et conservation des ampoules médicamenteuses en usage dans les Services de Santé des armées de terre et de mer. Rapporteurs (Pays-Bas, Roumanie); 5° les séquelles des traumatismes de guerre des dents et du maxillaire inférieur. Leur traitement. Rapporteurs (Pays-Bas, Pologne).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général : M. R. Sandberg Van Boelens, 3, Surinamestraat, La Haye.

18-21 Juin. — *Ve Congrès des Sociétés Françaises d'Oto-Neuro-Ophtalmologie, Paris.*

Des rapports seront présentés sur :

Les séquelles oto-neuro-ophtalmologiques de l'encéphalite épidémique, par MM. Portmann (Bordeaux), Riser et Meriel (Toulouse), Teulières et Beauvieux (Bordeaux).

Secrétaire général : M. Tournay, 81, rue Saint-Lazare, Paris; *secrétaire général adjoint :* M. Renard, 15, rue Vavin, Paris.

20-24 Juin 1931. — *XIe Session des Journées médicales de Bruxelles.*

S'adresser à M. Beckers, Secrétaire général, 145, rue Belliard, Bruxelles.

22-25 Juin 1931. — *Conférence internationale pour l'enfance africaine, Genève.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1° La mortinatalité et la mortalité infantile au point de vue pathologique ;

2° La mortinatalité et la mortalité infantile au point de vue économique et social ;

3° L'éducation dans la mesure où elle prépare les enfants à la vie ;

4° Les conditions générales du travail des enfants et des adolescents et la protection des enfants au travail.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Conférence, 31, quai du Mont-Blanc, Genève et au Comité belge de la Conférence internationale pour l'enfance africaine, p. a. Croix-Rouge du Congo, 80, rue de Livourne, Bruxelles.

Juin. — *IIe Congrès des ophtalmologistes russes, Kieff.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1° L'orientation prophylactique en ophtalmologie.

2° La neuro-pathologie de l'œil.

3° La préparation des ophtalmologistes.

4° Les questions de la réfraction.

5° La prophylaxie et le traitement des affections de la cornée.

20-26 Juillet. — *Congrès de l'association pour l'avancement des sciences, Nancy.*

Pour tous renseignements s'adresser au siège social de l'association, 28, rue Serpente, Paris.

22-31 Juillet. — *Journées médicales coloniales, Paris.*

Programme :

Mercredi 22 *Juillet.* — *Matin :* Séance d'ouverture présidée par M. le ministre des Colonies, assisté de M. le professeur Balthazard, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, de M. le professeur Teissier, de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine et de M. le Médecin Général Inspecteur Lasnet, Inspecteur général du Service de Santé des Colonies. — *Après-midi :* Enfance indigène (protection, hygiène, puériculture).

Jeudi 23 *Juillet.* — *Matin :* Anophèle et stegomya. — *Après-midi :* Alimentation, eaux potables, parasitisme intestinal dans les pays chauds.

Vendredi 24 *Juillet.* — *Matin :* Immigration dans les pays chauds. Police sanitaire maritime. — *Après-midi :* Maladies cutanées et vénériennes (spécialement lèpre et syphilis). Forme clinique de la syphilis dans les pays chauds.

Samedi 25 *Juillet.* — *Matin :* Transmission des maladies communes aux hommes et aux animaux. Thérapeutique des trypanosomiases. — *Après-midi :* Historique de l'aviation sanitaire, son utilisation aux colonies. Rôle des avions sanitaires dans le fonctionnement de l'assistance médicale aux colonies.

Dimanche 26 *Juillet.* — Démonstrations pratiques d'aviation sanitaire par « Les Amis de l'Aviation sanitaire ».

Lundi 27 *Juillet.* — *Matin :* L'aviation sanitaire en A. O. F. et en Indochine. Projet de liaison entre l'aviation sanitaire et les lignes de transport aérien coloniales. — *Après-midi :* Pharmacologie coloniale.

Mardi 28 *et mercredi* 29 *Juillet.* — Protection sanitaire et démographie des populations autochtones dans les possessions d'outre-mer. Historique. Assistance médicale (organisation, personnel, méthodes, résultats obtenus et restant à obtenir).

Jeudi 30 *Juillet.* — *Matin :* Stations thermales et climatiques dans les colonies françaises. Stations thermales et climatiques françaises utilisées par les coloniaux. Chirurgie et spécialités. Le cancer dans les colonies françaises. — *Après-midi :* Vœux. Questions diverses.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général, à « l'Hygiène Sociale », 112, bd Haussmann, Paris.

26-31 Juillet. — *III*e *Congrès International de Radiologie, Paris.*

M. Forsell (Suède), parlera contre le cancer.

Rapports :

Exploration radiologique de la muqueuse du tube digestif par M. Cole (Etats-Unis).

Traitement pré- et post-opératoire des cancers du sein par les radiations (récidives et métastases exceptées), par M. Lynham (Angleterre).

Exploration radiologique de l'appareil urinaire par excrétions de substances opaques, par M. Haenisch (Allemagne).

Roentgenthérapie des affections inflammatoires, par M. Milani (Italie).

Secrétariat général : 122, rue de La-Boëtie, Paris (8e).

3-8 Août. — *VI*e *Congrès international des accidents et des maladies du travail, Genève.*

Rapports officiels :

Sections A et B (chirurgie, maladies).

I. Les affections cutanées en relation avec le travail (accident et maladie), par MM. Prosser, White (Whigan), Roelsch (Munich), Oppenheim (Vienne).

II. Influence de l'état antérieur dans les suites des accidents et maladies du travail, par MM. Pometta (Lucerne), Tovo (Turin), Liniger (Francfort).

Section A (chirurgie).

III. Les résultats tardifs de l' « accoutumace » dans les lésions traumatiques du rachis, par MM. Magnus (Bochum), Michel (Nancy), Ackermann (Stockholm), Fauquez (Paris). Co-rapporteur : M. Crouzon (Paris).

IV. Les traumatismes des vaisseaux sanguins (artérites et thrombophlébites, par MM. Imbert (Marseille), Diez (Rome), Danis (Bruxelles).

Section B (maladies).

V. Pathologie des ouvriers du ciment et des pierres artificielles.

VI. Réceptivité de l'organisme aux substances toxiques utilisées dans l'industrie.

VII. Fatigue.

Secrétaire général : Dr Yersin, 3, rue de la Monnaie, Genève (Suisse).

3-8 Août. — *VIII*e *Congrès dentaire international, Paris.*

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Geo Villain, 10, rue d'Isly, Paris.

31-Août-4 Septembre. — *Congrès neurologique international, Berne.*

Secrétaires :

Secrétaire général : M. le prof. Henry Alsop Riley, 117 East 72nd Street, New-York, N. Y. (U. S. A.). *Secrétaire local :* M. le Dr Charles Dubois, 20, Falkenhœheweg, Berne (Suisse). *Secrétaire adjoint-trésorier :* M. le Dr R. F. de Fischer, 34, Boligenstrasse, Berne (Suisse). *Trésorier adjoint :* M. le Dr Pierre Schnyder, 55, Humboldtstrasse, Berne (Suisse).

Comité français : Secrétaire général : M. Crouzon, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris. *Secrétaire adjoint :* M. Béhague, 1, rue de Villersexel, Paris.

2-7 Septembre. — *I*er *Congrès de l'Association stomatologique internationale (Budapest).*

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité d'organisation du Ier Congrès de l'Association stomatologique internationale, 1, Varoshaz-utca, Budapest (IV).

Septembre 1931. — *IX*e *Congrès panrusse des gynécologues et accoucheurs, Moscou.*

Thèmes des rapports :

1° L'état de l'obstétrique en Russie dans le plan général de la protection de la maternité et de l'enfance.

2° Du cancer de l'utérus.

3° De l'avortement artificiel comme source d'infection chez la femme.

4° De la grossesse extra-utérine. *Sujets recommandés :* 1° La pyélite en gynécologie et obstétrique; 2° Le préparation pré-opératoire et la conduite de la période post-opératoire; 3° Le rôle des systèmes végétatif et endocrine dans la biologie et la pathologie de la femme.

Pour tous renseignements, s'adresser au comité d'organisation du IXe Congrès, Institut scientifique de la protection de la maternité et de l'enfance de la région de Moscou, Pokrovskié Vorota, Lepekhinsky, Toupik 3, Moscou.

1er-3 Octobre. — *VII*e *Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, Bordeaux.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Diagnostic radiologique en gynécologie.

Rapporteur : MM. Cotte (Lyon) et Henrotay (Anvers).

2° Les hémorragies tardives des suites de couches.

Rapporteurs : MM. Andérodias et Pery (Bordeaux) et Couvelaire (Paris).

3° Des moyens sociaux de dépister le cancer du col de l'utérus.

Rapporteurs: MM. Hamant (Nancy) et Köning (Genève).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Brindeau, secrétaire général, 71, rue de Grenelle, Paris, ou à M. Balard, 9, rue Dufour-Dubergière, Bordeaux.

5 Octobre. — *XL*e *Congrès de l'Association française de chirurgie, Paris.*

Questions à l'ordre du jour :

Pathogénie et traitement des ulcères peptiques post-opératoires par MM. Gosset et Leriche.

Traitement chirurgical immédiat des fractures, de jambe ouvertes, par MM. Sénèque et Roux.

Péritonites à pneumocoques, par MM. Bréchot et Nové-Josserand.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Mouly, 12, rue de Saine, Paris.

5-7 Octobre. — *VII*e *Congrès de pédiatres de langue française, Strasbourg.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Les fièvres alimentaires.

Rapporteurs :

a) M. Schaeffer (Strasbourg) : Les bases physiologiques de la fièvre alimentaire.

b) MM. Corean et Vallette : Etudes expérimentales sur la fièvre alimentaire et leur application à la clinique.

c) MM. Mathieu et Chabrun : La fièvre alimentaire en clinique.

2° Diagnostic et traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant :

Rapporteurs :

a) M. Heuyer et Mlle Claira Vogt (Paris) : Symptômes et diagnostic des tumeurs cérébrales chez l'enfant.

b) M. Clovis Vincent (Paris) : Traitement des tumeurs cérébrales chez l'enfant, particulièrement de la fosse postérieure.

3° Formes frustes et atypiques des avitaminoses dans la première enfance.

Rapporteur : M. Bertoye (Lyon).

Précédant le Congrès, le 4 Octobre, aura lieu une « Journée de protection de l'enfance », consacrée exclusivement à la question de l'organisation méthodique de la protection maternelle et infantile en France.

Rapporteur : M. Rocaz (Bordeaux); Co-rapporteurs : Mlle Delagrange (Paris) et MM. Pigot (Paris) et Strauss (Strasbourg).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Worlnger, 18, rue des Veaux, Strasbourg.

6-10 Octobre 1931. — *XXXI*e *Congrès français d'urologie, Paris.*

Rapport présenté :

L'acidose rénale, par MM. Chabanier et Lobo-Onell.

Secrétaire général : M. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.

14-18 Octobre. — *II*e *Congrès international de pathologie comparée, Paris.*

Questions mises à l'ordre du jour :

Les brucelloses humaine et animale, le lait comme agent pathologique; les carences minérales; les ultra-virus; le cancer; la psittacose; l'anaphylaxie; les helminthiases (traitement).

Secrétaire général : M. Grollet, 7, rue Gustave-Nadaud, Paris (16e).

19-24 Octobre. — *XLIV*e *Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, Paris.*

Question mise à l'ordre du jour :

La bronchoscopie (état actuel de la question), par MM. André Bloch et André Soulas.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Liebault, 9, rue des Saussaies, Paris.

12-15 Novembre 1931. — *XVIII*e *Congrès d'Hygiène, Paris.*

Questions mises à l'ordre du jour :

I. Protection des populations civiles contre les gaz de combat.

II. Hygiène et hygiénistes dans le cadre des assurances sociales.

Secrétaire général : M. R. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris.

SONT ENCORE PREVUS :

II*e *Congrès de l'Union des dermatologistes, Sofia ou Belgrade.

Assemblée de l'Union internationale pour l'étude scientifique des problèmes de population, Rome.

III*e *Congrès d'urologie Hispano-Portugais, à Coïmbre.

REVUE DES JOURNAUX

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION (Paris)

M. **Marcel Labbé.** ***Le diagnostic des troubles du cholécyste par le tubage duodénal*** (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XX, n° 10, Décembre 1930). — Le tubage duodénal à l'aide de la sonde d'Einhorn permet de recueillir la bile A, puis, après introduction de sulfate de magnésie, la bile B, vésiculaire, dont on peut étudier la composition et la teneur en germes pathogènes (épreuve de Meltzer-Lyon).

D'autre part, la radiographie de la vésicule biliaire, suivant la méthode de Graham, fournit des résultats concordant en général avec ceux fournis par le tubage duodénal. Sur 15 cas personnels, où l'épreuve de Lyon s'est montrée négative, c'est-à-dire où la vésicule ne s'est pas vidée sous l'influence du sulfate de magnésie, 14 fois l'épreuve de Graham a été négative, c'est-à-dire que la vésicule ne s'est pas remplie par le tétraiode. D'autre part, sur 15 cas où l'épreuve de Lyon a été positive, 12 fois l'épreuve de Graham a été également positive.

Les deux épreuves se corroborent donc mutuellement. Elles permettent dans bien des cas d'arriver au diagnostic des cholécystites atténuées et des cholécystites parasitaires et sont précieuses lorsqu'il s'agit de décider une intervention chirurgicale. Le tubage duodénal peut même jouer directement un rôle thérapeutique, en réalisant une sorte de drainage médical continu ou intermittent des voies biliaires.

L. Rivet.

M. Loeper et **S. de Sèze.** ***Les anémies pernicieuses de l'ulcéro-cancer gastrique*** (*Archives des maladies de l'Appareil digestif et des maladies de la Nutrition*, tome XX, n° 10, Décembre 1930). — Depuis longtemps Hayem avait insisté sur l'évolution extraordinairement rapide de l'ulcéro-cancer prépylorique, sur l'importance des accidents hémorragiques et des phénomènes anémiques pouvant réaliser une anémie grave à marche rapide. Carnot, Bénard et Boltansky ont relaté une observation de ce genre. L. et S. rapportent un cas aussi dramatique, qui conduisit à la mort en quelques jours, dans un syndrome anémique et hémolytique impressionnant, un malade atteint d'ulcère gastrique en voie de dégénérescence. Il est curieux de signaler que le malade avait été au préalable opéré trois fois par un excellent chirurgien, qui, l'estomac en main, n'avait pu trouver l'ulcère.

La brutalité des accidents hémolytiques rappelle les anémies suraiguës d'ordre toxique, telles qu'en provoque notamment le benzol. La cause d'une déglobulisation aussi rapide doit être cherchée dans une résorption massive, au niveau de la lésion gastrique, de toxines hémolytiques particulièrement nocives, sur l'origine et la nature desquelles on ne peut faire que des hypothèses. Il est difficile d'admettre une simple manifestation d'hémolyse néoplasique banale, dans ces cas où le tissu dégénéré se réduit à quelques travées de cellules cancéreuses le long des bords ou dans le fond même de l'ulcus. Il paraît plus satisfaisant de penser que peuvent passer dans le sang, à la faveur de la brèche gastrique, des toxines hémolytiques formées dans l'estomac lui-même, aux dépens des putréfactions alimentaires et des fermentations microbiennes. Pendant longtemps, avant la cancérisation, la brèche était protégée contre ces agressions toxiques par l'hyperacidité et l'hyperpepsie, équilibre brusquement rompu par la dégénération cancéreuse, alors que l'existence fréquente, du fait du vieil ulcus, d'une sténose médiogastrique ou pylorique favorise les fermentations organiques et microbiennes, d'où résorption brutale de toxines hémolytiques dans un milieu sanguin non préparé à la défense. Les accidents coïncident souvent avec une poussée fébrile et parfois avec une leucocytose polynucléaire notable et même une phlegmatia.

L. Rivet.

REVUE DE LA TUBERCULOSE (Paris)

E. Buc. ***Tuberculoses torpides cavitaires d'emblée*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XI, n° 10, Décembre 1930). — La caverne est parfois la première lésion constatable de la tuberculose pulmonaire chronique. Elle peut même rester longtemps solitaire, isolée dans un parenchyme normal ou à peu près normal. Lésion locale, compatible avec un état général excellent, avec une augmentation de poids notable, elle ne provoque en général d'autre trouble apparent qu'une expectoration constamment bacillifère, très tenace.

Beaucoup plus souvent que les autres formes de la tuberculose cavitaire, ces cavernes tuberculeuses primitives sont susceptibles de guérir spontanément, du moins au sanatorium. Mais la collapsothérapie élève notablement la proportion des guérisons. Le pneumothorax artificiel, quand il est réalisable, constitue le traitement de choix. Il a en outre l'avantage de faire disparaître rapidement l'expectoration, ce qui est fort appréciable pour éviter la contamination d'un entourage qui, trop souvent trompé par l'aspect du malade, ne prend guère de précautions contre le contage.

L. Rivet.

ANNALES D'OTO-LARYNGOLOGIE (Paris)

A. Hautant. ***La trachéotomie en plusieurs temps chez les débilités*** (*Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 2, Février 1931). — Les difficultés de la trachéotomie et la gravité de son pronostic sont bien connues quand elle est exécutée sur des vieillards ou sur des sujets atteints de sténose à marche progressive et en imminence d'asphyxie ou encore sur des malades fébricitants présentant des symptômes de trachéo-bronchite chronique.

H., qui a eu l'occasion de pratiquer souvent des trachéotomies dans de telles conditions défavorables, a fait deux remarques :

1° Lorsque la trachéotomie est faite sur un sujet chez qui, antérieurement, on a déjà exécuté, momentanément, l'ouverture laryngée ou trachéale, cette intervention a lieu sans aucun incident, même quand elle s'adresse à des malades dont les conditions générales sont des plus défavorables. Il semble que, dans ces cas, les bronches et les poumons se soient peu à peu accoutumés au nouveau mode respiratoire et qu'en outre, par une série de petites infections, ils aient été prémunis contre les infections plus graves pouvant résulter de l'ouverture trachéale large ;

2° Chez les malades débilités et présentant des signes de sténose laryngée progressive, la simple incision des plans cutanés et sous-cutanés, jusqu'à la paroi trachéale non comprise, n'est pas sans provoquer de réaction parfois marquée — phénomènes de shock, arythmie et défaillances cardiaques — comme si la dilacération de l'isthme du corps thyroïde et des tissus prétrachéaux était le point de départ de réflexes capables de provoquer une chute brusque de la résistance du malade. Dans les jours suivants, l'élévation de la température témoigne d'une infection locale qui peut être le point de départ de réaction broncho-pulmonaire lors de l'ouverture trachéale antérieure.

Se basant sur ces remarques, H.. dans les cas difficiles, préconise la trachéotomie en plusieurs temps.

A.) — S'agit-il d'un sujet en imminence d'asphyxie ? Dans un 1er *temps*, on incise les plans superficiels et profonds jusqu'à la trachée, puis, immédiatement, on incise celle-ci sur sa face antérieure et on élargit cette incision par excision d'une languette de 1 à 2 mm. de large sur chacun de ses bords. Un fil de soie suture ensuite la peau et le plan profond musculaire ; il est laissé suffisamment long, de chaque côté, pour qu'il puisse faire le tour de la moitié correspondante du cou et être noué derrière la nuque avec le fil du côté opposé. De cette façon, ces deux fils, tirant sur chaque lèvre correspondante de l'incision, maintiennent béante l'ouverture cutanéo-musculaire. La cavité opératoire est remplie de gaze stérilisée. Dans ce 1er temps, il est prudent de sectionner. puis de lier l'isthme du corps thyroïde ; on ligature ainsi en même temps les veines thyroïdiennes source d'hémorragies secondaires graves, parfois mortelles. La simple incision verticale de la trachée et son léger élargissement transversal dans un champ opératoire exsangue suffit pour apaiser la dyspnée et soulager le malade ; respirant mieux, il peut dormir et son état général se remonte. Une légère élévation de température, un peu de réaction pulmonaire se manifestent pendant les premiers jours. — Vers le 4e ou 5e jour, quand cette réaction locale s'est apaisée, il est possible, dans un 2e *temps*, de mettre en place la canule à trachéotomie.

B.) — S'il s'agit d'un sujet dont la respiration laryngée est encore suffisante, mais chez qui l'état général ou l'état broncho-pulmonaire fait redouter des accidents dus à une trachéotomie brusquée, on peut conduire l'opération *en 3 temps* : 1° incision des parties molles jusqu'à la trachée; 2° le 4e ou 5e jour, incision verticale de la trachée: 3° 3 à 4 jours plus tard, mise en place de la canule.

En appliquant cette ligne de conduite, H. a pu opérer, en évitant toute réaction grave, des malades âgés, atteints de sténose cancéreuse accentuée ou présentant un état fébricitant broncho-pulmonaire inquiétant.

J. Dumont.

LE CONCOURS MÉDICAL (Paris)

W. Hœdemakers et **L. Berrewaerts** (Bruxelles). ***Sur le traitement du zona*** (*Le Concours médical*, t. LIII, n° 50, 1930). — On connaît les douleurs souvent intolérables qui accompagnent ou qui suivent — parfois pendant longtemps — l'éruption zostérienne et qui résistent à toute thérapeutique analgésique. On connaît également les relations du zona et de la thérapeutique arséno-benzolée de la syphilis : Netter a décrit un « zona arsenical » dû à une exaltation des virus zostériens et varicelleux par l'intoxication arsenicale.

Frappés du caractère bénin de ce zona arsenical, les auteurs se sont demandé si le même traitement arsenical, qui révèle le zona latent, mais dont l'évolution reste bénigne, ne pourrait pas être utilisé pour soulager la douleur des zonas spontanés.

Ils ont donc soumis 23 cas de zona au traitement par le sulfarsénol suivant la méthode que voici :

1° Injection intrafessière de 12 cgr. de sulfarsénol;

2° Trois ou quatre jours après, nouvelle injection intrafessière de 18 cgr. de sulfarsénol.

Il est rare que les douleurs survivent à ces deux injections; dans le cas contraire, il est tout indiqué de faire, après trois ou quatre jours, une troisième injection, toujours de 18 cgr. de sulfarsénol.

La méthode s'est montrée efficace dans la généralité des cas et inoffensive, à une exception près (érythème diffus, congestion des muqueuses et malaise général manifestant une intolérance vis-à-vis de la médication arsenicale).

En résumé, le praticien possède dans le sulfarsénol un moyen curatif simple et efficace de la fièvre zostérienne devant laquelle il se trouve si souvent désarmé.

GAZETTE MEDICALE DE NANTES

E. Joüon (Nantes). ***Contribution à l'étude des kystes essentiels solitaires non parasitaires des os longs*** (*Gazette médicale de Nantes*, t. XLIV, n° 6. 16 Mars 1931). — A l'occasion de 4 cas personnels, J. fait un exposé succinct de nos connaissances actuelles concernant cette curieuse affection du squelette.

Les kystes essentiels solitaires des os sont une affection du squelette caractérisée par la formation d'une cavité kystique unique, isolée, développée en général dans un os long, dans la partie de la diaphyse voisine de l'épiphyse et qu'on appelle la métaphyse, chez un sujet jeune, sans qu'une maladie générale puisse en expliquer la pathogénie, sans signe surajouté dans le tissu voisin et dont l'évolution est favorable, sans métastase et sans récidive. Ces caractères la différencient nettement de la maladie décrite par Recklinghausen sous le nom d'« ostéite fibreuse déformante avec formations kystiques et tumeurs malignes », maladie systématisée du squelette donnant lieu à une déformation considérable des os et à des kystes multiples et volumineux.

Le kyste essentiel révèle sa présence soit par des douleurs généralement modérées, soit par une tuméfaction, soit, à l'occasion d'un traumatisme parfois minime, par une fracture qui ne se traduit d'ailleurs que par des signes frustes et qui est prise généralement pour une simple contusion.

L'image radiographique du kyste essentiel des os est tout à fait caractéristique : dans une extrémité osseuse uniformément élargie, boursouflée en navet, se voit une image claire, ovalaire ou fusiforme, en général régulière, parfois parcourue par quelques travées ou cloisons osseuses; cette cavité est limitée par la corticale de l'os, qui peut s'amincir notablement; on dirait une véritable soufflure du canal médullaire. Les limites de cette cavité osseuse sont nettes : le cartilage conjugal est respecté ; aucune réaction périostée. En cas de fracture, on note le trait intéressant l'une des parois du kyste ; si la fracture a été longtemps méconnue, on note une déformation de l'os, parfois un cal que l'on appelait autrefois un cal soufflé.

Le diagnostic est facile à faire d'après les signes tant cliniques que radiologiques : siège métaphysaire avec intégrité du cartilage conjugal, coque de tissu compact aminci, absence de réaction périostée, intégrité du reste du squelette. Ces caractères permettent d'éliminer : l'abcès chronique des os, un foyer tuberculeux, la syphilis osseuse, le kyste hydatique. Plus difficile peut être le diagnostic différentiel avec le sarcome des os et surtout avec le sarcome à myéloplaxes, car il n'y a guère que des nuances dans l'image radiographique, et c'est surtout le tableau clinique qui fera le diagnostic.

Anatomo-pathologiquement, la cavité kystique est de dimensions variables, suivant son stade d'évolution; d'ordinaire, le kyste est du volume d'un œuf de pigeon, de poule ou même d'une orange. La cavité, à parois en général assez lisses et régulières, est parfois, mais rarement, tapissée d'une membrane fibreuse; toutes les observations sont unanimes à constater que l'on ne trouve jamais un épithélium de revêtement sur cette membrane. La cavité contient généralement un liquide séreux clair ou séro-hémorragique, quelquefois franchement hémorragique. L'examen bactériologique du liquide contenu dans la cavité kystique a toujours montré que ce liquide est stérile.

Microscopiquement, l'examen de la lame compacte de l'os qui constitue la paroi du kyste montre des travées osseuses séparées par des espaces médullaires élargis et remplis d'un tissu conjonctif pauvre en noyaux; ces travées sont parfois décalcifiées; elles sont entourées d'ostéoblastes et d'ostéoclastes plus ou moins abondants qui corrodent et usent les travées osseuses; on constate une transformation de la moelle osseuse normale en moelle fibreuse avec résorption osseuse exagérée et décalcification des travées osseuses persistantes. Nulle part on ne rencontre de monstruosité cellulaire : c'est une affection bénigne.

Quant à la pathogénie, elle est encore, à l'heure actuelle, complètement inconnue.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, en présence d'un kyste essentiel des os, la conduite à tenir est formelle : il faut opérer. En effet, bien qu'il s'agisse d'une affection bénigne, le kyste augmente toujours de volume et il est exposé à la fracture. On peut se borner à ouvrir le kyste, à en cureter soigneusement le contenu (qui sera soumis à l'examen histologique), puis à tamponner; mais le mieux est de compléter le curettage par la mise en place, dans la cavité, de copeaux ostéo-périostiques pris sur un os voisin, le tibia, par exemple. La guérison est ainsi obtenue rapidement, en quelques mois, et la radiographie confirme la solidité du résultat.

J. Dumont.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Genève-Lausanne)

Ody. ***Fracture du crâne avec commotion cérébrale grave ; trépanation atlantoïdo-occipitale avec résection de l'atlas ; guérison*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. LI, n° 3, Mars 1931). — Chez un sujet atteint de fracture du crâne avec symptômes graves de commotion cérébrale, dont l'état ne faisait qu'empirer dans les premières 36 heures de mise en observation, l'irrégularité du pouls, la respiration accélérée, l'abolition de tous les réflexes, même du réflexe cornéen qui disparaît l'un des derniers, la stase papillaire posèrent l'indication d'une trépanation, d'autant plus nécessaire que la ponction lombaire n'évacua que quelques centimètres cubes de L. C. R. fortement teinté de sang. Mais où trépaner ces cerveaux contusionnés dont l'hémorragie est diffuse et ne se révèle par aucun symptôme périphérique de localisation ? Les autopsies montrent que très souvent le sang épanché dans les espaces sous-arachnoïdiens s'amasse dans la partie la plus déclive du crâne, dans le lac péribulbaire, où il coagule en partie, obstruant le trou occipital (d'où l'inefficacité de la P. L.) et où les caillots compriment ou irritent les centres vitaux de la moelle allongée. Il importe donc de porter secours au bulbe et c'est pourquoi, dans ces cas, O. préconise la trépanation atlantoïdo-occipitale, avec résection de l'atlas, opération qu'il pratique systématiquement. Il s'est écoulé ici, au moment de la traversée de la membrane atlantoïdo-occipitale, plus de 400 cmc de liquide très hypertendu et mêlé de caillots. Avec cette détente s'est immédiatement amélioré tout le tableau clinique. Le drainage continu par drain de verre empêche tout nouvel hématome sous-arachnoïdien de comprimer le cerveau et d'évacuer au fur et à mesure le L. C. R. que la séreuse arachnoïdienne irritée par la présence du sang sécrète en hyperabondance. Ici la sécrétion avait diminué le 3e jour. Guérison p. p. sans aucune séquelle.

A l'objection que la ponction sous-occipitale pourrait rendre les mêmes services O. répond que cette ponction ne pourrait permettre d'évacuer les caillots péribulbaires dont la présence est plus ou moins démontrée dans les cas où la P. L. est incapable de décomprimer le cerveau et où seulement la trépanation atlantoïdo-occipitale est indiquée. Cette opération n'est du reste qu'une ponction sous-occipitale élargie qui, comme cette dernière, respecte l'intégrité de la boîte cranienne. La perte de l'arc postérieur de l'atlas n'entraîne, comme le démontre O. sur son malade, aucune séquelle fonctionnelle dans les mouvements de la tête (*Communication à la Société médicale de Genève*, séance du 9 Octobre 1930).

M. Muret (Lausanne). ***A propos du curettage explorateur*** (*Revue médicale de la Suisse romande*, t. LI, n° 3, 10 Mars 1931). — Le curettage explorateur, dont on a jadis abusé et dont on a ensuite un peu trop restreint les indications, a une grande valeur thérapeutique, à la condition d'être bien fait et complet ; il n'est d'ailleurs pas toujours facile. Il a aussi une grande importance pour le diagnostic et tout curettage devrait être suivi d'un examen histologique pratiqué par un anatomo-pathologiste compétent. En effet, cet examen peut donner lieu à bien des surprises, telles que : tuberculose, cancer, polypes malins d'apparence bénigne, hyperplasie glandulaire bénigne d'apparence maligne, etc., etc. L'utilité et la nécessité du curettage explorateur ainsi compris sont généralement admises par tous les gynécologues surtout en vue d'établir le diagnostic du cancer du corps de l'utérus. M. s'élève courtoisement, mais énergiquement, contre l'opinion contraire récemment émise et défendue par M. J.-L. Faure qui, dans un article de *La Presse Médicale* (1930, n° 42) sur « *Les méfaits du curettage explorateur dans le cancer du corps de l'utérus* », préconise l'opération radicale d'emblée chez les femmes âgées atteintes de symptômes suspects : d'après lui, elles seraient, dans ces conditions, 9 fois sur 10, atteintes de cancer. Or ceci ne cadre pas avec les autres statistiques, basées précisément sur le curettage explorateur. Celle de M., par exemple, ne donne, sur 312 cas d'hémorragies postclimatériques, qu'une proportion de 1,34 cancers du corps de l'utérus sur 10. D'après M. Faure, le retard apporté à l'opération radicale et les deux narcoses successives nécessitées par le fait du curettage préalable auraient de graves inconvénients : le curettage peut donner lieu à des inflammations pelviennes aiguës, il ne réussit pas toujours à déceler l'existence du cancer, etc., etc. M. et nombre d'autres gynécologues, qui ont pratiqué des centaines de curettages explorateurs, avec ou sans narcose, n'ont jamais observé ces inconvénients et ces « méfaits ». D'autre part, l'importance qu'il y a à ne pas opérer sans un diagnostic bien établi, le fait psychologique que les malades acceptent bien plus facilement l'opération radicale à la suite du curettage explorateur, les dangers inhérents à une hystérectomie, même pratiquée par de grands chirurgiens et à plus forte raison par les autres, enfin la guérison obtenue par le simple curettage, lorsqu'il est négatif, paraissent à M. de nature à compenser amplement les prétendus méfaits du curettage explorateur signalés par M. Faure. Aussi, malgré la très grande autorité qui s'attache à juste titre au nom du chirurgien de Paris, la plupart des gynécologues continuent-ils et continueront-ils sans doute à pratiquer, comme jusqu'ici, le curettage explorateur dans les cas suspects de cancer du corps de l'utérus (*Communication faite à la Société vaudoise de Médecine*, le 4 Décembre 1930).

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

Josef Wyler. ***La question des syphilis résistantes au salvarsan, au mercure et au bismuth*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LX, n° 48, 29 Novembre 1930). — L'auteur fait remarquer que, dès l'apparition des arsénobenzols, on a constaté des cas de syphilis résistantes à la thérapeutique, cas qu'on a cherché à expliquer soit par une constitution spéciale, soit par une souche particulière de tréponème. W. donne ensuite un bref résumé de tout ce qui a été publié sur ce sujet entre 1910 et 1929. Il exclut cependant de cette revue les récidives simples par thérapeutique insuffisante. Les cas précoces qui donnent une séro-réaction positive malgré un traitement normal ont été observés en assez grand nombre à la policlinique du professeur Tièche dans ces derniers temps et ont été cependant exclus eux aussi.

P.-E. Morhardt.

Josef Wyler. ***La question des syphilis résistantes au salvarsan, au mercure et au bismuth*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LX, n° 49, 6 Décembre 1930). — L'auteur a observé 3 cas d'arséno-résistance qui tous trois ont été bien influencés par le bismuth seul ou associé aux arséno-benzols. Cette résistance était relative à des symptômes secondaires localisés à la cavité buccale. Dans le premier cas, il s'agit d'un individu qui, au cours d'une troisième cure arséno-mercurielle, fait une récidive en même temps que la réaction de Wassermann reparaît. On peut admettre un dépôt de germes encapsulés qui ont été en quelque mesure réactivés par la troisième cure et rendus sensibles au bismuth. La femme qui avait contaminé ce malade n'a présenté aucun signe de résistance au traitement, ce qui exclut l'hypothèse d'une souche spéciale.

Les deux autres cas d'arséno-résistance concernent deux malades ayant été contaminés l'un par l'autre et présentant une certaine analogie au point de vue évolution. L'auteur se demande si, en même temps que le germe de la syphilis, il ne s'est pas transmis un autre germe agissant comme le bacille de Ducrey qui rend le chancre syphilitique plus difficile à guérir (Nægeli). Dans aucun de ces cas, il ne semble y avoir eu de particularités constitutionnelles chez ces malades et le traitement, au point de vue dose, a été tout à fait normal.

L'auteur conclut que la question de la résistance est complexe et que divers facteurs doivent intervenir. La qualité du médicament ne joue pas un grand rôle. Pour certains cas de résistances secondaires, une modification du germe est vraisemblable. Mais, dans la plupart des cas, l'hôte et le germe interviennent chacun pour leur compte. Il est possible qu'il y a ait des malades qui réagissent paresseusement au traitement par l'arséno-benzol, ce qui s'explique par le fait que pour certains auteurs, le mercure n'agit pas directement sur le tréponème.

L'existence d'un deuxième virus est plausible dans certains cas.

L'auteur conseille, en cas de résistance au traitement, d'étudier minutieusement le rôle de l'organisme et sa réactivité, notamment par l'hémogramme, le séro-diagnostic, la sédimentation des hématies et la réaction de Costa. Il recommande également de faire des recherches histologiques et de voir s'il n'existe pas de germes secondaires.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

P. Uhlenhuth. ***Contribution à l'étude épidémiologique de la maladie de Weil, en particulier en ce qui concerne le rôle de l'eau*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 48, 28 Novembre 1930, et n° 49, 5 Décembre 1930). — Le transfert de la maladie de Weil (ictère à rechute ou spirochétose ictéro-hémorragique) se fait normalement, non pas par contact direct d'homme à homme, mais par une source d'infection extra-humaine. En pratique, le rôle des insectes est négligeable, quoique la maladie puisse être exceptionnellement déterminée par une piqûre d'insecte vecteur du spirochète (expériences de U. et Kuhn).

L'homme est infecté, en général, soit directement par les rats (épidémies de guerre, de tranchées), soit par l'intermédiaire de l'eau (épidémies de piscines). Cette notion bien établie doit servir de base aux recherches épidémiologiques et permettre la lutte efficace contre la propagation de l'infection.

Les spirochètes parviennent aux rats :

1° Par infection directe de rat à rat : maladie primitive du rat.

2° Peut-être par l'intermédiaire de certaines eaux dans lesquelles les véritables spirochètes infectants peuvent végéter.

3° Eventuellement par modification des spirochètes de l'eau se transformant en organismes pathogènes dans le corps du rat.

Les épidémies de bains, de piscines permettent de se demander comment les spirochètes parviennent dans l'eau. Plusieurs modalités sont plausibles :

1° Il est certain qu'ils peuvent être éliminés par les rats dans l'eau.

2° Il est vraisemblable, étant donné la dilution considérable subie par les parasites éliminés, que leur survie hors du rat et leur reproduction libre dans l'eau sont possibles, expliquant qu'ils y soient en quantité suffisante pour déterminer une épidémie.

3° Il est possible, quoique non démontré, que des spirochètes infectants vrais puissent apparaître primitivement dans l'eau sans rats. Il serait très important de savoir comment le spirochète peut se développer et se multiplier en dehors de l'organisation du rat, et d'établir quelles sont les conditions nécessaires à la transformation du spirochète de l'eau en spirochète pathogène dans le rat ou en dehors de lui.

Cette dernière question capitale peut être éclaircie par les études épidémiologiques précises, alors que les recherches de laboratoires ne fournissent guère de données utilisables étant donné qu'il est exceptionnel dans nos climats d'obtenir une transformation du parasite en culture ou au cours des inoculations du cobaye.

G. Dreyfus-Sée.

F. Lange. ***Abaissement de la pression sanguine à l'aide de substances organiques extraites du corps*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 49, 5 Décembre 1930). — Pour pénétrer plus intimement le mécanisme des affections circulatoires et, en particulier, de l'hypertension, il est indispensable de connaître le déterminisme de la régulation de la pression artérielle.

L'excitabilité vasculaire, accrue chez les hypertendus, diminuée chez les artério-scléreux, pourrait être sous la dépendance du système nerveux vaso-moteur. Mais, en réalité, la piqûre des centres vaso-moteurs ne déclenche pas d'action plus intense ni plus durable que celle de n'importe quel nerf sensitif; en outre, les réactions vasculaires peuvent être obtenues après section de la moelle. Enfin, il est possible de déterminer des dilatations et des contractions de vaisseaux non innervés (recherches sur les embryons de poulets).

Par contre, les recherches de L. l'amènent à considérer comme primordiale l'action sur les vaisseaux d'une substance spéciale hypotensive, extraite des organes.

Les extraits de reins de porc (animal omnivore comme l'homme), injectés dans les veines du chat, déterminent un abaissement de pression graphiquement appréciable, mais de courte durée. Cet abaissement de tension, d'importance variable suivant les animaux et la dose injectée, se produit constamment; après retour à la normale (au bout de 5 minutes environ), une nouvelle injection peut être pratiquée avec le même effet. La baisse de pression résulte d'une vaso-dilatation généralisée.

L'effet hypotenseur a été également observé chez le chien et le lapin; des extraits préparés avec des organes de chats, de lapins, de bœufs, ont produit des résultats comparables.

La substance active est dialysable, non modifiée par la cuisson, même à 120° ou avec adjonction de faibles quantités de vinaigre dilué. Les modifications du p_H des solutions n'exercent aucune influence sur leur activité.

Les extraits de tous les organes possèdent une activité analogue à des degrés variables. Des recherches plus précises ont cependant montré qu'il ne s'agissait pas là d'un artifice de préparation, mais bien d'une substance spécifique qui paraît contenue dans les *cellules des petits vaisseaux*. Elle n'existe pas dans le sérum sanguin des animaux vierges, mais elle y demeure après injection intraveineuse répétée, même alors que son action hypotensive a cessé de se manifester. Elle est éliminée par les urines, mais seulement lorsqu'elle existe en quantité excessive. Enfin, son efficacité persiste expérimentalement après introduction *per os*.

L'expérimentation clinique est encore trop restreinte pour permettre une conclusion, mais il faut pourtant souligner déjà la facilité d'administration de cette substance, due à sa remarquable résistance qui permet la cuisson et l'assaisonnement normal des extraits d'organes.

Une note chimique complémentaire de K. Félix et A.-V. Putzer-Reyhegg indique que, d'après les recherches du Dr Rapp, il s'agirait d'une substance azotée simple qui cependant n'appartient pas au groupe des purines et est différente de la choline et de l'histamine.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Munich, Vienne)

F. Rosenthal. ***La signification de l'élastine dans l'ictère*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 41, 11 Octobre 1930). — L'auteur fait remarquer qu'il existe des tissus bilirubinophiles (peau, conjonctives, intima des vaisseaux et valvules du cœur, couche externe de l'intestin), et des tissus bilirubinophobes (cornée, cartilages, système nerveux central et périphérique). C'est ce qui l'a amené à chercher à définir avec plus de précision les notions d'affinité pour la bilirubine. Pour cela, il a rendu des chiens ictériques par intoxication avec le toluylène-diamine. Au moment où les animaux étaient le plus ictériques, ils ont été abattus et la bilirubine des divers organes a été dosée. Chez l'animal qui présentait l'ictère le plus marqué, on a trouvé la proportion suivante, en milligrammes de bilirubine pour 100 gr. d'organe : foie : 4,81, rein : 0,10, cœur : 0,0007, poumon : 0,26, rate, muscles, cerveau et tissu adipeux : traces, sérum : 9,38.

Ainsi, malgré les chiffres élevés constatés dans le sang, certains organes ne contiennent pas de bili-

rubine. En dehors du foie, on peut dire qu'il n'existe pas d'ictère viscéral au stade aigu d'un ictère marqué.

Parmi les tissus qui présentent une affinité pour la bilirubine, la graisse ne figure pas. D'ailleurs les poumons, qui sont plus pauvres en graisse que le cœur et les muscles, contiennent beaucoup plus de bilirubine que ces derniers. Si l'on songe que les conjonctives, les parois aortiques, les valvules du cœur et les poumons s'enrichissent de bilirubine au cours de l'ictère, on doit arriver à la conclusion que c'est l'élastine qui joue le rôle principal. Cette idée est confirmée par le fait que le tendon de la nuque, qui est le tissu le plus riche en élastine, prend, lui aussi, une teinte fortement ictérique chez les animaux intoxiqués. D'autre part, l'élastine plongée dans une solution de bilirubine prend une coloration jaune intense. L'acétone chaud, l'alcool, le chloroforme n'arrivent pas à extraire la bilirubine des tissus riches en élastine qui doit donc se combiner assez fortement au pigment.

P.-E. Morhardt.

U. Friedemann et A. Elkeles. ***Immmunisation cérébrale contre la toxine diphtérique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 41, 11 Octobre 1930). — En faisant des recherches sur l'intoxication cérébrale par la diphtérie, F. et E. ont constaté que le tissu nerveux lui-même ou la névroglie possèdent, plus que les autres tissus de l'organisme, la propriété de former des anticorps, propriété qui jusqu'ici était considérée comme l'apanage des tissus peu différenciés. Ainsi l'ectoderme, y compris le système nerveux, constituerait un système destiné à recevoir des impressions ou des excitations et à les utiliser d'une façon spécifique. D'ailleurs W. Paoli a eu déjà l'occasion de montrer les analogies qui existent entre la formation d'anticorps et les sensations sensorielles spécifiques.

F. et E. sont arrivés à ces considérations à la suite de l'observation suivante. A un lapin de 1.750 gr. ils ont injecté 0,0005 cmc de toxine diphtérique dans l'encéphale. Cette injection fut bien supportée et, dix jours plus tard, on injecta à cet animal 20 fois la dose mortelle soit 0,4 cmc en injection intraveineuse. L'animal supporta cette dose sans présenter aucun phénomène pathologique. A la suite de cette observation, les auteurs ont repris des recherches plus systématiques et ont constaté qu'après 2 ou 3 injections intraveineuses de 0,2 cmc d'anatoxine, on ne fait pas apparaître plus de 1/100 d'unité antitoxique dans le sang, tandis que, sur 13 animaux immunisés par injections intracraniennes, on a obtenu 7 fois au moins une unité antitoxique. En injectant un mélange d'anatoxine et de pulpe cérébrale, on n'a pas augmenté par contre la production d'antitoxine. Il ne semble pas que la méthode intracérébrale soit pratiquement supérieure à celles qui sont utilisées jusqu'ici.

Avec les pneumocoques tués il n'a été obtenu aucun résultat, tant après injection intracérébrale qu'après injection intra-veineuse.

Les lapins fortement immunisés par une grande quantité d'anatoxine résistent à des injections intra-cérébrales de toxine diphtérique qui possèdent probablement la propriété de rendre perméable pour l'antitoxine la barrière hémato-encéphalique.

En terminant, l'auteur fait allusion à un travail récent de Mutermilch et Salamon qui ont constaté que la toxine tétanique provoque l'apparition d'anticorps dans le sérum plus vite après injection intra-cérébrale qu'après injection intra-péritonéale.

P.-E. Morhardt.

Paul Saxl et Otto Erlsbacher. ***La signification du traitement par chlorure d'ammonium dans la thérapeutique diurétique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 49, 6 Décembre 1930). — L'administration de chlorure d'ammonium en même temps qu'une injection de novasurol et de salyrgan augmente manifestement la diurèse, comme les gan augmente manifestement la diurèse comme les auteurs américains Rowntree, Keith et Barrier l'ont montré. Mais l'administration de chlorure d'ammonium ou de Mixtura solvens se heurte à des difficultés, car elle provoque des nausées chez les malades. S. et E. sont arrivés à utiliser une adsorption réalisée par Halpern de chlorure d'ammonium par la gélatine. Le produit ainsi obtenu est durci, de sorte qu'il ne se dissout que dans l'intestin. Ce produit (*gélamon*) ne provoque que rarement des symptômes désagréables du côté de l'estomac ou de l'inappétence après 4 ou 5 jours d'emploi. A ce moment, d'ailleurs, on peut, en général, le supprimer pour le reprendre un peu plus tard.

Chez les cardiaques, il s'est montré que cette préparation à elle seule, c'est-à-dire sans salyrgan ni cardiotoniques, fait disparaître la dyspnée, la sensation d'oppression, l'inappétence et l'insomnie chez des malades. Bref, la circulation s'améliore et il faut admettre qu'il ne s'agit pas simplement d'une déshydratation.

En étudiant le volume du sang circulant, S. et E. ont confirmé que, chez les cardiaques, ce volume est augmenté et que l'administration de gélamon le fait diminuer fortement de 10 à 30 pour 100 sans modifier sensiblement les valeurs données par l'hématocrite. Par ailleurs, le salyrgan provoque une augmentation du volume du sang circulant pendant deux ou trois jours. L'administration de chlorure d'ammonium détermine également une diminution de la tension alvéolaire de CO^2 et de la réserve alcaline du sang. La diminution du volume du sang provoquée par le gélamon favorise sans doute l'action du salyrgan et elle doit être considérée comme une conséquence de la tendance à l'acidose et à la dilatation des capillaires provoquée par ce médicament. Ainsi le chlorure d'ammonium agirait un peu comme la digitale qui favorise l'action du salyrgan.

P.-E. Morhardt.

Bernhard Zondek. ***La réaction hormonale de la grossesse dans l'urine humaine et animale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 49, 6 Décembre 1930). — Jusqu'ici on n'a retrouvé d'hormones du lobe antérieur de l'hypophyse que dans l'urine de femme et dans l'urine de certains singes femelles. Par contre, chez les rongeurs, les éléphants, les vaches, les truies, il n'en a pas été retrouvé. On avait édifié sur ce fait une théorie d'après laquelle, seule, la placentation hémochoriale de l'homme et du singe s'accompagne d'une production de l'hormone du lobe antérieur. Mais Z. est arrivé à en retrouver chez la jument dont le placenta n'est pas hémochorial.

En recherchant l'hormone de maturation folliculaire, Z. en a, en effet, trouvé chez la jument. L'urine de cet animal gravide détermine, à la dose de 0,02 cmc, la réaction du rut. Au début, Z. a cru que seule l'hormone de maturation folliculaire était en jeu car il avait préalablement extrait l'urine avec de l'éther qui, chez la femme, dissout et entraîne la folliculine. Mais il n'en est pas de même chez la jument. L'urine de cet animal ne perd son pouvoir hormonal par cuisson que dans la proportion de 5 à 10 pour 100. D'autre part, l'hormone de l'urine de la jument agit sur les animaux non castrés à peine plus que chez les castrés. Enfin l'alcool, qui précipite l'hormone de maturation folliculaire, ne permet de recueillir que 5 pour 100 des hormones de l'urine de jument. Ainsi, chez cet animal, c'est la folliculine qui domine et celle-ci, contrairement à ce qui se passe chez la femme, n'est pas soluble dans les solvants habituels des lipoïdes.

Chez cet animal, on retrouve entre 100.000 et 400.000 unités-souris de folliculine par litre d'urine, ce qui porte le total par jour à 1.000.000. L'urine de jument constitue donc actuellement la meilleure matière première pour préparer la folliculine.

Le sang de la jument contient beaucoup moins de folliculine (800 unités-souris par litre) que celui de la femme; il contient cependant des hormones du lobe antérieur de l'hypophyse en quantité variable mais atteignant le plus souvent, dans le premier tiers de la gravidité, 4.000 unités-souris par litre à peu près comme chez la femme. Ce taux diminue au fur et à mesure que la gravidité avance. Dans le sang de jument, on retrouve les deux hormones du lobe antérieur: celle de maturation du follicule et celle de lutéinisation. Par contre, dans l'urine de cet animal, on ne retrouve que l'hormone de maturation.

Z. a également tenté de faire le diagnostic de la gravidité chez la jument en recherchant ces hormones. Si, chez la femme, il est nécessaire, pour arriver à un résultat net, de n'utiliser que l'hormone du lobe antérieur, par contre, chez la jument, il faut faire agir simultanément la folliculine et l'hormone du lobe antérieur. Z. utilise pour cela de l'urine du matin acidifiée et agitée avec de l'éther. Il en injecte à des rates infantiles de 4 à 5 semaines, pesant 25 à 35 gr., 6 fois 0,05 cmc à 2 animaux et 6 fois 0,1 cmc à 3 autres animaux. En commençant ces injections le lundi, la réaction du frottis vaginal est positive le vendredi matin. Les résultats ont été négatifs chez 9 juments qui n'avaient pas été couvertes. Chez 17 juments qui avaient été couvertes mais non fécondées, les résultats ont été 16 fois négatifs. Chez 54 juments gravides les résultats ont été 53 fois positifs. La proportion des erreurs est de 2,5 pour 100 sur 80 cas.

P.-E. Morhardt.

I. Boas. ***Le comportement des ferments d'oxydation de nos aliments dans l'appareil digestif humain*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 49, 6 Décembre 1930). — L'auteur a commencé par rechercher, dans les aliments usuels, les ferments d'oxydation : la catalase, la peroxydase et l'oxydase. Il a laissé de côté la tyrosinase et un nouveau ferment qu'il a récemment isolé, la métaoxydase.

Les aliments végétaux contiennent presque tous la catalase et la peroxydase. L'oxydase manque par contre dans beaucoup de légumes, de salades et de fruits. Les aliments animaux contiennent de l'oxydase tandis que la réaction de la peroxydase est simulée par l'hémoglobine. Quand celle-ci est détruite, on ne retrouve plus de peroxydase. La catalase existe également dans les tissus animaux (tissus conjonctifs, cartilages, poissons de mer, etc.) bien que l'hémoglobine donne également une réaction semblable. Les taux de la catalase et de la peroxydase varient à peu près parallèlement dans les produits végétaux et, contrairement à ce qu'on enseigne, elles manquent l'une et l'autre notamment dans certains fruits (baies, etc.). Les fruits acides (pommes, cerises) donnent tous la réaction de ces ferments malgré leur acidité. Parfois cependant en amenant le *pn* à un certain taux, on fait paraître ou on accentue les réactions.

Parmi les légumes qui contiennent de l'oxydase figurent les champignons, le céleri, les artichauts et surtout les pommes de terre qui d'ailleurs doivent être considérées comme l'aliment le plus riche en ferments d'oxydation. Les salades et les betteraves rouges sont également très riches ainsi que les pommes, les poires, les pêches, les prunes et les pruneaux, les abricots, les cerises et les raisins et enfin les bananes et les ananas.

Parfois le suc des fruits ne contient pas de ferments (citron, orange, raisin) tandis que les tissus de soutien en contiennent. Tous ces ferments sont thermolabiles et ne pénètrent dans l'organisme que si la nourriture est crue.

L'auteur a administré un déjeuner d'épreuve, consistant en une banane, pour rechercher l'influence de la digestion gastrique sur les ferments digestifs et il a constaté, au bout de 30 minutes,


Pneumogéïne
Renard
Solution d'Iodure double
de
Théobromine et de
Caféïne
Dyspnées
Accidents Cardio-Rénaux
Echantillon sur demande
142, Avenue de Clichy, PARIS XVII°


La Vulcase
Comprimés laxatifs-dépuratifs
au Soufre organique assimilable
Dermatoses – Arthritisme
Affections du Foie et de l'Intestin
Constipation
DERMATOSES - ARTHRITISME
AFFECTIONS DU FOIE ET DE L'INTESTIN
CONSTIPATION
Prendre chaque jour
2 à 4 comprimés de
VULCASE
DÉPURATIF
AU SOUFRE ORGANIQUE ASSIMILABLE
LES COMPRIMÉS DE VULCASE
ONT ÉTÉ EXPÉRIMENTÉS
DANS LES HÔPITAUX DE PARIS & DE LYON
LABORATOIRES PIERRE BRISSON & Cie
ST OUEN-PARIS

que les 3 ferments d'oxydation sont inactivés mais peuvent être activés par neutralisation. Quand le suc gastrique n'est que faiblement acide, la peroxydase et la catalase restent actives. Ces ferments peuvent être également retrouvés par réactivation dans le contenu du duodénum ou de l'iléon. Cependant la peroxydase, qui est très sensible aux alcalins, doit être complètement détruite dans la partie inférieure du grêle.

Les matières fécales normales sont complètement dépourvues d'oxydase et de peroxydase tandis que la catalase existe toujours. Dans l'urine, la catalase et la peroxydase manquent normalement tandis que l'oxydase se retrouve parfois dans une urine normale. P.-E. MORHARDT.

BRUNS' BEITRAGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin, Vienne)

Juzelevski. ***Sur les dangers et les complications de l'encéphaloventriculographie; prophylaxie et thérapeutique*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLI, fasc. 1, Novembre 1930). — Dès les débuts de l'encéphalo-ventriculographie, il est apparu que cette méthode n'était pas exempte de certains dangers. Des complications légères, telles que céphalées, nausées et vomissements sont d'observation courante; il n'est pas rare non plus de voir apparaître des sueurs profuses, une chute de la pression artérielle et une élévation de température pendant deux ou trois jours, parfois même pendant plus longtemps; des cas de collapsus ont été signalés par plusieurs auteurs; des cas mortels enfin ont été rapportés. Suivant les statistiques, la mortalité après cette exploration varie entre 1 et 22 pour 100.

Sur les 270 cas rapportés dans la statistique de Hesse on a eu à déplorer 4 cas de mort et toute une série de petites complications dont on ne doit pas s'étonner car elles sont; pour ainsi dire, la règle. La quantité d'air injecté varie suivant les cas: depuis 20 cmc jusqu'à 1.100 cmc en cas d'hydrocéphalie; d'une façon générale la moyenne oscille entre 120 et 130 cmc, mais on doit toujours contrôler par une radiographie si la quantité d'air injectée a été suffisante. Cette exploration a toujours été effectuée sous simple anesthésie locale; il n'a jamais été noté de complications sous forme d'embolie gazeuse.

Dans 4 cas l'injection d'air a déclanché des crises épileptiques et chez 5 autres malades, on a observé 6 crises de collapsus; il s'agit là de complications graves mais non mortelles.

Les cas mortels sont au nombre de 4:

1° Une jeune fille de 14 ans; méningite chronique syphilitique avec hydrocéphalie interne; encéphalographie par ponction sous-occipitale; soustraction de 85 cmc de liquide et injection de 80 cmc d'air; trois jours après, apparition de céphalées, nausées et vomissements; phénomènes de réaction méningée et mort au huitième jour. A l'autopsie: status lymphatico-thymique, épendymite chronique et hydrocéphalie.

2° Enfant de 13 ans atteint d'hydrocéphalie; ventriculographie après soustraction de 350 cmc de liquide et injection de 300 cmc d'air; le soir même la température est à 39°, le pouls filiforme en même temps qu'apparaît un syndrome méningé; mort le sixième jour. Autopsie: épendymite chronique avec hydrocéphalie.

3° Enfant de 7 ans présentant une tumeur du cerveau avec disparition complète de la vision. Encéphalographie par ponction sous-occipitale; soustraction de 35 cmc de liquide et injection de 30 cmc d'air; collapsus à deux reprises; vingt jours après on recommence la ventriculographie par ponction de la corne droite du ventricule latéral; soustraction de 140 cmc de liquide et injection de 120 cmc d'air; mort au troisième jour avec Cheyne-Stokes. Autopsie: volumineux gliome du cervelet; hydrocéphalie et status lymphatico-thymique.

4° Homme de 25 ans présentant depuis cinq ans des crises d'épilepsie; encéphalographie par ponction lombaire; soustraction de 120 cmc de liquide et injection de 110 cmc d'air; on diagnostique une tumeur siégeant au niveau de l'hémisphère droit; le soir même céphalée et ralentissement du pouls, puis déviation conjuguée de la tête et des yeux et mort. Autopsie: persistance du thymus et tumeur cérébrale ayant le volume d'un citron, siégeant dans la région temporale droite.

Il ne faut pas s'étonner des accidents qui peuvent survenir au cours de ces explorations, étant donné l'état des malades sur lesquels on les pratique; la simple ponction lombaire comporte également une gravité indiscutable. Pour diminuer ces accidents, il faut préparer les malades à cette sorte d'exploration; ils doivent ensuite garder le lit pendant trois jours et il sera prudent de les mettre en position de Trendelenburg; on surveillera attentivement leur tension artérielle et on utilisera avec profit les injections de sérum hypertonique à 5 pour 100, à la dose de 10 à 25 cmc par la voie intra-veineuse. Si des phénomènes de collapsus surviennent au cours de l'injection, celle-ci sera bien entendu aussitôt arrêtée. On doit enfin considérer cette méthode comme contre-indiquée lorsque les malades présentent des troubles accentués du pouls et de la respiration. J. SÉNÈQUE.

Hennig. ***Traitement de l'exophtalmos pulsatile*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*; tome CLI, Novembre 1930). — L'auteur publie dans cet article deux observations d'exophtalmos pulsatile.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 27 ans qui au cours d'une séance de gymnastique était tombé, quatre ans auparavant, sur la région temporale gauche. Cet accident n'avait eu aucune suite, et le malade n'y avait attaché aucune importance. Quatre ans après, apparaissent tous les signes d'un anévrisme artério-veineux carotido-sinusien gauche. Le Wassermann est négatif. On commence par pratiquer des séances de compression de la carotide primitive pendant trente ou quarante secondes; au cours de celles-ci, le blessé pâlit, il survient une paralysie faciale droite et une faiblesse dans le bras et la jambe droites. Le 1er Août 1929 on procède sous anesthésie générale à la ligature de la carotide interne droite, et, au cours de l'intervention, un affluent important de la jugulaire interne ayant été lésé, on lie en même temps la veine jugulaire interne. Deux mois après le blessé était très amélioré, l'exophtalmie avait disparu et il ne persistait qu'une légère faiblesse dans le bras droit. L'auteur attribue ce bon résultat au fait que la veine jugulaire a été liée en même temps que l'artère, mais ce délai de deux mois nous paraît bien court pour juger du résultat définitif.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'un homme de 27 ans; la lésion était consécutive à une fracture de la base du crâne, et les troubles s'amendèrent par de simples séances de compression de la carotide primitive, pratiquées par une pelote. Ici encore le résultat ne datait que de trois mois. J. SÉNÈQUE.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Lange. ***Etude de la virulence des bacilles tuberculeux d'origine humaine et animale. Expérimentation sur le cobaye, la souris et le lapin*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LVII, n° 4, 1930). — Pour fixer la virulence des différentes souches bacillaires, les auteurs ont procédé comme suit: ils ont pratiqué au cobaye l'inoculation intradermique d'une dilution connue d'une culture de souches microbiennes d'origine variée, et ont comparé entre eux les animaux inoculés à l'aide de ces diverses souches en ce qui concerne tout d'abord l'apparition respective des premières manifestations morbides, et d'autre part d'après l'état anatomique des organes examinés chez les animaux sacrifiés trois mois après inoculation.

Ils ont conclu à une virulence atténuée lorsqu'était prolongé le temps d'incubation, ou retardé dans son apparition le chancre d'inoculation, ou bien encore lorsque l'examen anatomique montrait une faible diffusion des lésions.

De l'ensemble de leurs expériences, il leur apparaît que les bacilles d'origine bovine ne présentent pas plus de souches atténuées que ceux d'origine humaine, et ceci après avoir multiplié les inoculations, avoir utilisé la voie trachéale et sous-cutanée, et avoir varié les animaux d'expérience (souris et lapins).

Quand on utilise la voie endo-veineuse chez la souris, on note une virulence augmentée du bacille d'origine bovine (pommelière). En partant de bacilles recueillis d'un abcès ganglionnaire, d'une méningite tuberculeuse et d'une tuberculose au début et en les inoculant au lapin, les auteurs ont pu reconnaître que plusieurs races de bacilles pouvaient simultanément se trouver en cause dans la même localisation tuberculeuse.

L'expérimentation a pu d'autre part prouver que les bacilles de la phtisie de la vache avaient une virulence remarquablement fixe.

Il n'a pas été possible de déterminer si les bacilles présentaient une virulence atténuée du fait de leur âge; de même, il ne semble pas qu'il y ait une différence notable entre les bacilles cultivés en milieux artificiels ou sur produits humains ou animaux, pas plus qu'il n'y a exaltation de virulence du fait de nombreux passages.

Enfin, il n'y a pas corrélation constante entre la virulence expérimentale d'un bacille et la gravité de l'affection à laquelle il a donné naissance: il y a donc lieu d'insister une fois de plus sur l'importance du terrain, dont le rôle semble en matière de tuberculose absolument prépondérant. G. BASCH.

Oksiuson. ***Amélioration du coefficient d'assimilation chez le tuberculeux par les inhalations d'oxygène*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LVII, n° 4, 1930). — Partant des travaux de Weinstein qui préconise chez le diabétique les inhalations d'oxygène, capables suivant lui de remédier au trouble du métabolisme des H. de C., par le moyen d'une action vicariante de la sécrétion pancréatique, O. a appliqué ces méthodes aux tuberculeux. Ceux-ci, en effet, utilisent mal les régimes riches en H. de C. auxquels ils sont soumis dans les sanatoria.

Après mise en observation des malades pendant 2 à 3 semaines, on choisit ceux d'entre eux dont le poids reste stationnaire: leur sang est examiné quant à sa teneur en calcium, potassium et sucre; on recherche dans les selles la présence éventuelle de parasites.

Les malades soumis au traitement de l'inhalation d'oxygène augmentent de poids de façon remarquable, comme en font foi les très nombreuses courbes incorporées à l'article.

L'auteur suppose que l'oxygène inhalé excite la fonction insulaire du pancréas, amène une hypoglycémie transitoire dont le résultat est une meilleure utilisation du régime hydrocarboné. G. BASCH.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Glaubersohn et **Goldenberg.** ***Les photodermatoses*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCI, n° 44, 1er Novembre 1930). — Les auteurs rap-

portent 4 cas de photodermatoses causées par une hypersensibilité cutanée à la lumière.

Dans 3 cas, il s'agit de *prurigo æstivalis* observé chez 3 femmes de la campagne (dans 2 cas chez la mère et chez la fille) et apparu d'une façon très nette en relation avec les rayons solaires. Dans tous les cas, on put déceler de la porphyrine dans le sang et dans un cas dans l'urine. L'existence de papules sur les parties découvertes avec eczématisation, prurit intense, lichénification de la peau, l'absence de cicatrices, la profession, le sexe des malades, l'apparition des lésions au printemps et la régression en hiver permettent de poser d'une façon certaine le diagnostic de prurigo estival.

Le quatrième cas a trait à une *urticaire solaire*, observée chez une femme de 33 ans habitant la ville et présentant une urticaire des parties découvertes apparaissant depuis plusieurs années au début du printemps et même parfois en hiver dans les jours ensoleillés.

La thérapeutique de ces photodermatoses est encore peu connue. On a conseillé de protéger les parties sensibilisées par des étoffes sombres, de badigeonner les régions sensibles avec des pâtes préparées avec de la vaseline jaune et contenant de la quinine, du tannin, du naphtol, de l'extrait de marron d'Inde, etc., d'absorber à l'intérieur de la résorcine. On a essayé de désensibiliser les sujets par des irradiations courtes et répétées avec la lampe de quartz et par des injections du propre sang du malade, d'une solution de calcium ou de peptone.

R. Burnier.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Saxll. ***Le pied plat d'origine rhumatismale*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 34, 21 Août 1930). — Pour fixer les limites du rôle du rhumatisme dans la morphologie et la fonction motrice du pied, il faut tout d'abord éliminer les cas dans lesquels les articulations elles-mêmes sont touchées par le processus, et différencier les atteintes aiguës des atteintes chroniques.

Tantôt le rhumatisme frappe les muscles, s'accompagnant d'une sensation de lourdeur de la jambe avec sensibilité à la pression des différents muscles au niveau desquels on retrouve des zones douloureuses, cet état s'accompagnant le plus souvent de cellulite.

Dans d'autres cas, l'atteinte est surtout tendino-aponévrotique, avec inflammation des diverses bourses séreuses, particulièrement de la grande bourse sous-calcanéenne dont l'atteinte donne la classique talalgie.

Ces divers troubles, pour peu qu'ils se prolongent, conditionnent des troubles de la statique pouvant amener un pied plat.

S. réserve plus spécialement le nom de « pied plat rhumatismal » à l'affaissement de la voûte plantaire qui suit les diverses localisations du rhumatisme chronique au niveau des petites articulations des pieds; il en décrit les diverses modalités, insistant sur l'hallux valgus et sur les subluxations pathologiques.

G. Basch.

Mayerhofer. ***Un nouvel aspect d'intoxication alimentaire par le maïs chez l'enfant*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 35, 28 Août 1930). — L'auteur a observé, à la Clinique infantile de Zaghreb, deux enfants ayant présenté un syndrome complexe rappelant l'ergotisme, mais sans que l'examen le plus minutieux de la farine, du pain, ni des plantes ait montré la moindre trace de parasites. Cependant, ces enfants étant nourris presque exclusivement avec du pain et de la farine de maïs, et les échantillons examinés étant également indemnes de *Claviceps purpurea*, l'auteur a incriminé la nielle de maïs (*ustilago maidis*).

Cette intoxication, à laquelle l'auteur donne le nom d' « ustilaginisme », est très proche de l'ergotisme ou de la pellagre. On a pu réaliser des accidents expérimentaux en faisant ingérer à des animaux variés — vaches, chiennes et cobayes — des produits toxiques qui ont déterminé souvent l'avortement chez les femelles.

Les symptômes de la maladie sont les suivants. Après un début caractérisé par l'anorexie, une sensation de soif, des coliques, apparaissent des fourmillements et des démangeaisons qui siègent aux extrémités des mains et des pieds : les enfants atteints se grattent sans arrêt les paumes et les plantes et demandent à être soulagés par des applications fraîches. Leur aspect anxieux rappelle celui de l'acrodynie. On note également, comme dans cette affection, des troubles trophiques variés, des sueurs profuses, une gangrène sèche des extrémités, de l'insomnie.

Tous ces symptômes disparaissent immédiatement après suppression de l'alimentation au maïs, mais la terminaison peut être mortelle au cas où, faute de diagnostic, l'intoxication se prolonge.

G. Basch.

Stocker. ***Traitement de la tétanie post-opératoire par l'association thyroxine-parathormone*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 36, 4 Septembre 1930). — S'il est facile le plus souvent de réduire les manifestations de tétanie post-opératoire légère à l'aide du chlorure de calcium, il est certains cas plus sévères, avec troubles nerveux marqués, dans lesquels le traitement interne est insuffisant.

L'auteur relate une observation de tétanie chez une femme opérée d'un goitre chez laquelle l'ingestion de calcium et d'afenil fut tout à fait insuffisante. L'injection de 20 unités de parathormone amena une sédation rapide, mais incomplète ; la guérison totale ne fut obtenue que par l'adjonction de thyroxine. Parallèlement, le taux du calcium se releva au cours du traitement, alors que celui du phosphore baissait.

Il semble, d'après l'auteur, que l'action de ces deux hormones se complète, l'extrait parathyroïdien ayant élevé le taux du calcium sanguin, et la thyroxine ayant abaissé la phosphatémie.

G. Basch.

Neuber. ***Réactions humorales dans le rhinosclérome*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 36, 4 Septembre 1930). — Décrit par Hébra, en 1870, et cru tout d'abord d'origine syphilitique, le rhinosclérome est dû au bacille de Frisch, microorganisme inconstamment pathogène. Certains auteurs cependant, du fait même de cette faible virulence, ont considéré le bacille de Fisch comme un microbe d'accompagnement. L'auteur a poursuivi depuis 1909 des travaux tendant à établir une réaction de fixation spécifique de la maladie. Il a utilisé comme antigène tout d'abord un extrait de bacilles tués à 80° ; il n'a pas réussi à obtenir d'agglutination à l'aide du sérum du malade, et suppose que ceci résulte du fait que le bacille de Fisch est encapsulé, mais la destruction de la capsule n'a pas rendu le bacille plus agglutinable, ce qui tient sans doute aux modifications subies par suite de la destruction des capsules. Enfin, N. a obtenu des résultats positifs par l'intradermo-réaction, en injectant au malade suspect un filtrat de cultures microbiennes dilué et stérilisé.

En résumé, en l'absence de tout résultat probant obtenu par la séro-agglutination du bacille de Fisch, la réaction de fixation et l'intradermo-réaction aideront au diagnostic dans les cas douteux.

Quant au traitement, il consiste en la radiothérapie et en l'administration d'un vaccin spécifique que l'auteur a avantageusement associés.

G. Basch.

Spengler. ***Splénectomie dans l'anémie pernicieuse*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 38, 18 Septembre 1930). — Bien que les succès de la méthode de Whipple aient considérablement réduit les indications de la splénectomie dans le traitement de la maladie de Biermer, il est néanmoins intéressant d'en discuter l'efficacité. S. rapporte l'observation d'une femme ayant présenté une anémie pernicieuse typique avec achylie et fragilité globulaire : la splénectomie, pratiquée en 1914, fut suivie d'une amélioration rapide qui se maintint jusqu'en 1925. A cette date la malade présentait une anémie à 2.400.000 et elle dut entrer de nouveau à l'hôpital en 1930, présentant les troubles suivants : pâleur, dyspnée, œdèmes, et syndrome neuro-anémique à allure tabétique; l'examen du sang montrait un chiffre de G.R. à 650.000, avec mégalocytes. A la suite d'une transfusion sanguine, la malade subit une cure de « Venträmon » qui eut un effet rapide et remarquable.

Il s'agit donc, en fait, d'une anémie biermérienne chez laquelle la splénectomie donna lieu à une rémission de 11 ans, mais qui, après une rechute, fut guérie à nouveau par le traitement de Whipple.

G. Basch.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA
(Madrid)

Outeirino, Eleizegui et Jaso. ***Recherches sur les fonctions hépatiques et les échanges hydrocarbonés chez les sujets atteints de parkinsonisme post-encéphalitique*** (*Los Progresos de la Clinica*, tome XXXVIII, n° 9, Septembre 1930). — On sait que bien des auteurs se sont donné à tâche de rapprocher le parkinsonisme acquis de la maladie de Wilson. Une des caractéristiques de cette dernière consiste dans la présence constante d'une hépatite scléreuse. Ne serait-il pas possible de faire le pont entre les deux affections par la découverte d'insuffisance hépatique chez les parkinsoniens post-encéphalitiques ?

Tel est l'esprit du présent travail, qui contrôle les résultats obtenus par Gionnatti, par Meyer Bish et Stern, etc. Les recherches de ces auteurs ont permis de mettre en évidence un léger degré d'insuffisance hépatique chez les parkinsoniens, notamment par l'épreuve de la glycémie provoquée ou par celle de la galactose ou de la lévulose, mais on ne peut établir de commune mesure entre l'intensité de ces troubles et celle des désordres parkinsoniens.

M. Nathan.

GACETA MEDICA ESPANOLA
(Madrid)

Maranon. ***L'influence des sécrétions internes sur l'évolution de la sexualité*** (*Gaceta medica espanola*, tome V, n° 51, Décembre 1930). — Dans cette conférence, l'auteur développe certaines parties de son remarquable ouvrage sur les « états intersexuels ». Les gonades ainsi que les autres glandes endocrines exercent leur influence sur l'évolution sexuelle, mais cette évolution part d'un état bisexué; le sexe secondaire n'est jamais complètement supprimé au cours de l'existence, même aux périodes d'activité sexuelle maxima. Chez l'homme, par exemple, au début de la puberté, se produit une phase très brève de développement féminin; la puberté masculine suit. Parallèlement, l'auteur montre que, chez la femme, le second sexe, c'est-à-dire le sexe masculin, réapparaît à l'époque de la ménopause; la femme se masculinise dans ses traits et dans son caractère. On comprend ainsi la pathogénie des états intermédiaires et l'on ne s'effrayera pas outre mesure de certains états de timidité exagérée ou de certaines ébauches de perversions sexuelles survenant chez le jeune homme au début de la puberté.

M. Nathan.

SULFOÏDOL ROBIN

Granulé - Capsules - Injectable - Pommades - Ovules

ARTHRITISME CHRONIQUE - ANÉMIE REBELLE
PHARYNGITES - BRONCHITES - FURONCULOSE - ACNÉ - VAGINITES
URETRO-VAGINITES - INTOXICATIONS MÉTALLIQUES

LABORATOIRES ROBIN, 13. Rue de Poissy. PARIS

Hors Concours, Membre du Jury : EXPOSITION PASTEUR, STRASBOURG 1923.

Désintoxication Générale de l'Organisme par le

FERMENT pur de RAISIN
du Prof^r JACQUEMIN

Source de DIASTASES
et de VITAMINES

Furonculose — Maladies de peau — Dyspepsie — Entérite — Diabète
Grippes — Rhumatismes — Insuffisances endocriniennes et nutrition.

Littérature et Echantillons à : INSTITUT JACQUEMIN, à Malzéville-Nancy.



GOUTTE — SCIATIQUE

MÉDICATION SPÉCIFIQUE DE LA DOULEUR DANS LA DIATHÈSE URIQUE

TOPHOL

(C^{16} H^{11} NO^{2})

Acide phénylquinolique 2 Carbonique 4

ANALGÉSIQUE
ANTITHERMIQUE
ANTIPHLOGISTIQUE

Sans action nocive sur le foie, le cœur ou les reins, non toxique.

Puissant mobilisateur de l'acide urique, provoquant la décharge urique du sang et des tissus, accélérateur des oxydations, par action inhibitrice sur le ferment uricolytique.

INDICATIONS

Goutte aiguë ou chronique; rhumatisme articulaire aigu ; arthrites fébriles et déformantes ; névralgies (sciatique, intercostales) ; lumbago. Atténuation rapide et disparition de la douleur.

POSOLOGIE

1 à 8 cachets ou comprimés par jour.
(0 gr. 50 de Tophol pur par cachet)

Litt. et éch. sur demande au Laboratoire du TOPHOL, 3, Rue Condillac, à Grenoble (Isère).

LA PUBLICITÉ. PARIS

RECALCIFICATION
DE L'ORGANISME

TRICALCINE

TUBERCULOSE
FRACTURES. ANÉMIE
SCROFULOSE

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21. Rue Chaptal - Paris. IXe

ALLAITEMENT
CROISSANCE
GROSSESSE

ACTA RADIOLOGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

Krebs, Rask-Nielsen et Wagner. *L'origine de la lymphosarcomatose et ses relations avec les autres formes de lymphadénie chez la souris blanche* (*Acta radiologica scandinavica*, Supplément X, 1930). — Le problème des néoplasies lymphatiques et myéloïdes intéressait les auteurs et ils cherchaient à les étudier expérimentalement chez l'animal, mais sans parvenir à se procurer une souche convenable. Ils remarquèrent alors que, chez les souris blanches irradiées à la dose subléthale, il survient assez fréquemment une lymphadénie généralisée qui peut être greffée avec 100 pour 100 de succès sur des souris blanches préalablement irradiées.

Ils purent ainsi étudier sur un grand nombre d'animaux les néoplasies, soit expérimentalement provoquées, soit greffées, et ils en ont suivi les formes histologiques au niveau de tous les viscères. Ils ont vu qu'indifféremment la néoplasie se montre être un lymphadénome et un lympho- ou leucosarcome. La leucémie, de même, est ou non présente. Pour résumer ces résultats, que les auteurs croient applicables à la pathologie humaine, ils proposent le nom de « lymphomatose infiltrante (leucémique et aleucémique) ».

P. MOULONGUET.

BRATISLAVSKE LEKARSKE LISTY
(Bratislava)

J. Jasky. *Du diagnostic fonctionnel des reins dans l'hypertrophie de la prostate* (*Bratislavské Lekarske Listy*, t. XI, n° 3, Mars 1931). — Chez 50 malades atteints d'hypertrophie de la prostate, la capacité fonctionelle des reins a été recherchée par la détermination de la quantité d'urée contenue dans le sang, l'examen de la constante d'Ambard et l'épreuve de la phénolsulfophtaléine. Les chiffres obtenus étaient ensuite comparés entre eux et avec l'état clinique. Les recherches pratiquées plusieurs fois chez le même sujet dans des circonstances différentes, les résultats étaient contrôlés, puis exprimés par des graphiques.

Au total, il est possible d'affirmer que l'épreuve de la phénolsulfophtaléine s'est montrée le meilleur procédé.

Les grands désavantages de la constante d'Ambard sont la difficulté de la technique et la lenteur de l'examen ; de plus, les résultats ne sont pas précis et les limites de possibilité varient beaucoup.

La détermination de l'urée n'a pas non plus une valeur considérable, la quantité présente dans le sang dépendant directement des aliments absorbés.

Par contre, le chiffre de phénolsulfophtaléine est connu ainsi que le rapport de la quantité introduite dans le sang et de la quantité éliminée. Il n'y a diminution, même avec fonction normale des reins, que dans le cas de troubles de la circulation et du foie; or ces états morbides constituent les contre-indications de l'opération. Celle-ci a toujours été faite quand l'élimination de la substance dépassait au moins 40 pour 100 en 70 minutes; au-dessus dudit pourcentage, les malades n'ont présenté aucune complication rénale postopératoire.

L'épreuve de la phénolsulfophtaléine est donc un auxiliaire précieux pour le diagnostic fonctionnel des reins chez les prostatiques.

ARCHIVES OF SURGERY
(Philadelphie)

Kellogg Speed et D.-L. Rider (Chicago). ***Guérison expérimentale des fractures après parathyroïdectomie*** (*Archives of Surgery*, tome XXI, n° 4, Octobre 1930). — S. et R. ont cherché à élucider l'influence de la parathyroïdectomie sur la formation du cal après fracture expérimentale. Depuis les expériences de Morel, en 1910, il est admis que la parathyroïdectomie entraîne un retard dans la formation du cal, mais on sait qu'il est difficile de pratiquer une parathyroïdectomie sans thyroïdectomie. En outre, l'apparition fréquente de tétanie post-opératoire rend les expérimentations difficiles.

S. et R. discutent longuement, avec bibliographie à l'appui, pour savoir quel est le rôle exact du calcium sanguin dans l'insuffisance de calcification des fractures. Ils ont expérimenté sur 10 chats à qui ils ont enlevé les parathyroïdes. Ces 10 chats ont survécu. En plus, un chat témoin n'a pas subi l'opération. Chez ce dernier est apparu après fracture, entre trois à six semaines, un cal solide, petit, bien calcifié. Au contraire, les chats opérés ayant subi une série de fractures expérimentales, revus au bout de trois à six semaines, ont présenté tantôt une absence d'union d'os, tantôt au contraire des cals volumineux, mais mous et sans aucune consistance. L'examen microscopique des cals a montré qu'ils étaient constitués par du tissu cartilagineux, du tissu conjonctif et d'abondants tissus gaisseux, mais sans tendance à la calcification.

Le rôle du calcium sanguin est évident dans ce cas. S. et R. ont étudié le taux de la calcémie dernière et ils l'ont vue descendre de 10 à 6 1/2 pour 100 dans les trois mois qui ont suivi l'opération. Pendant ce temps le taux du phosphore sanguin montait de 3,8 à 10 pour 100. Il y a donc là, au fond, une série d'expériences qui confirment les notions actuellement acquises sur l'influence des parathyroïdes sur le métabolisme du calcium, non seulement humoral, mais encore local au niveau des foyers de fractures.

F. D'ALLAINES.

Leland S. McKittrick et Th. C. Pratt (Boston). ***Traitement opératoire des lésions des membres inférieurs chez les diabétiques*** (*Archives of Surgery*, tome XXI, n° 4, Octobre 1930). — L.-M. et P. rapportent leurs expériences basées sur 281 opérations pratiquées pour des lésions des membres inférieurs chez les diabétiques. Ils classent ces lésions en deux variétés : soit qu'il s'agisse de gangrène par gêne de la circulation artérielle, soit qu'il s'agisse d'opérations nécessitées par des infections du pied ou de la jambe. Une telle classification est importante, car la première variété de lésions est nettement plus grave. En effet, si l'on s'en rapporte aux chiffres donnés par les auteurs, 119 cas d'amputation pour gangrène ont entraîné 17,6 pour 100 de mortalité; au contraire, dans 19 cas d'amputation pour lésions infectieuses ils n'ont eu que 10,5 pour 100 de mortalité. Il est donc évident que les conditions de la circulation artério-veineuse influent d'une façon très importante sur les résultats.

L.-M. et P. discutent longuement les divers modes d'amputation en rapport avec l'étendue des lésions et avec l'infection qui peut s'y ajouter. En particulier, ils réhabilitent l'amputation en section plane (dite « amputation en saucisson »). Ils lui reconnaissent comme indication majeure une gangrène infectée avec état général grave nécessitant, d'une part, une opération rapide, et, en second lieu, une exposition large à l'air de tous les tissus cruentés sans aucune suture. Le seul inconvénient de cette amputation est la nécessité d'une réamputation secondaire.

L'infection est la cause de la moitié des morts. Le microbe le plus fréquemment rencontré est le staphylocoque blanc. Celui-ci devient pathogène dans nombre de cas ; L.-M. et P. signalent une observation où ils ont rencontré ce microbe dans la section d'une veine et d'une artère sur une pièce d'amputation. Fréquemment ce staphylocoque et le streptocoque peuvent donner naissance à des gaz qui diffusent dans les parties molles. La présence de ces gaz n'indique pas forcément qu'il existe des microbes anaérobies qui sont du reste très rarement rencontrés.

L., M. et P. enfin insistent longuement sur la nécessité, avant l'opération, de rééduquer en quelque sorte la circulation à l'aide de méthodes de gymnastique et, après l'opération, d'entourer le malade de toutes précautions en usage couramment.

F. D'ALLAINES.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY

C. Frazier. *Pseudo-tumeurs cérébrales* (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXIV, n° 4, Décembre 1930). — Sous le nom d'arachnitis, d'arachnoïdite, de méningite séreuse, d'épendymite, de pseudo-tumeur cérébrale, on a décrit des syndromes cliniques un peu différents, dont le trait commun est de simuler les tumeurs cérébrales.

F., sur 1.200 cas de tumeurs cérébrales, vérifiées ou non vérifiées, a observé 30 cas d'arachnoïdite: 22 cas ont été particulièrement bien étudiés, qui remontent à plus de 2 ans, dont 11 simulaient des tumeurs de la loge postérieure et les 11 autres des tumeurs situées au-dessus de la tente du cervelet, dont 4 faisaient penser à une lésion pituitaire, et 1 à une tumeur suprasellaire. Chez ces 22 patients, le début de l'affection remontait respectivement à 25 ans chez un, à 19 ans chez un, à 13 ans chez 2, à 12 ans chez un, à 8 ans chez un, à 6 ans chez 3, à 4 ans et moins chez les autres.

Le facteur étiologique est très vraisemblablement un facteur infectieux. L'existence d'influenza, de maladies éruptives diverses (rougeole, scarlatine), de diphtérie, coqueluche, pneumonie, angines, est habituelle dans les antécédents de ces malades.

L'examen macroscopique de l'encéphale ne montre pas de lésions appréciables, en dehors des cas où existe une méningite séreuse enkystée. Mais l'examen histologique montre des lésions inflammatoires des méninges, des plexus choroïdes, constituées à la fois par un processus destructif et hyperplastique.

Cliniquement, les pseudo-tumeurs, outre le syndrome d'hypertension cranienne généralisée, peuvent s'accompagner de signes de localisation de la zone rolandique, de la fosse postérieure, de la base d'un hémisphère. F., dans 4 cas, pensa à une tumeur de la région pituitaire.

Le diagnostic des pseudo-tumeurs repose sur leur évolution lente, leur caractère bénin. L'encéphalographie peut heureusement y contribuer. La réaction cytologique du liquide est peut-être plus fréquente que dans les tumeurs vraies.

Le traitement a été le plus souvent opératoire, car c'est lui qui a permis en même temps de faire le diagnostic. Sur ces 22 cas, F. a perdu 3 malades ; un immédiatement après une décompression sous-temporale, un à une date inconnue après une décompressive occipitale, et un plus de 17 ans après une décompressive sous-occipitale; 19 sont vivants après une période de 1 à 25 ans.

H. SCHAEFFER.

G. Hassin. *L'hydrocéphalie; études sur la pathogénie et la pathogénèse avec des remarques sur le liquide céphalo-rachidien* (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXIV, n° 6, Décembre 1930). — A propos d'une observation anatomo-clinique personnelle d'hydrocéphalie minutieusement étudiée, H. envisage le mode de production du liquide céphalo-rachidien et ses voies de résorption. Il en tire les conclusions suivantes :

L'hydrocéphalie n'est qu'une manifestation particulière d'un état d'hydropisie générale de l'encé-

phale. D'autres facteurs, tels que la distension des espaces sous-arachnoïdiens et la raréfaction du tissu cérébral, sont vraisemblablement les plus importants, et peuvent constituer les manifestations principales de l'hydrocéphalie. La seule voie de résorption du liquide céphalo-rachidien est représentée par les prolongements sous-arachnoïdiens des espaces périneuraux des nerfs craniens et des racines spinales. Cette résorption du liquide est sans doute beaucoup aidée par les mouvements d'expansion et de collapsus du cerveau. Cette résorption peut d'ailleurs être empêchée par l'occlusion de la grande citerne et des gaines des nerfs craniens, facteur important d'hydrocéphalie. L'atrophie et la sclérose des plexus choroïdes, observées dans bien des cas d'hydrocéphalie, permettent de penser qu'ils ne jouent pas un rôle appréciable dans la genèse du liquide céphalo-rachidien. Le mécanisme de l'hydrocéphalie est tout comparable à l'état d'hydropisie aiguë de l'encéphale provoquée par l'injection de solutions salées hypotoniques.

Ainsi, l'étude de cet état pathologique qu'est l'hydrocéphalie suggère des interprétations et des conclusions qui ne correspondent pas avec les faits expérimentaux; ils sont même contradictoires avec ces derniers.

H. Schaeffer.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Baltimore)

W. Storm van Leeuven (Leyde). ***Traitement de la tuberculose pulmonaire dans des locaux à l'abri des allergènes*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVI, n° 4, Octobre 1930). — Pour S. les heureux effets de la haute altitude chez les asthmatiques sont dus à la pureté de l'air, et en particulier à l'absence d'« allergènes climatiques » dans ces régions. S. désigne ainsi certaines conditions du sol, telles qu'humidité, fort pouvoir absorbant pour l'eau, nappe d'eau souterraine voisine du sol, exerçant une influence favorisante sur la pullulation des micro-organismes des habitations. De fait, il a constaté les mêmes effets bienfaisants chez les asthmatiques traités simplement dans des chambres mises à l'abri des allergènes, chambres construites avec des matériaux renfermant de l'amiante impropre au développement des micro-organismes et aérées par des tuyaux puisant l'air à 9 m. de hauteur au moyen de ventilateurs, air qui est purifié par condensation de son humidité et réchauffé.

S. a étendu cette conception au traitement de la tuberculose pulmonaire. Il classe ses malades en trois catégories.

Le premier groupe comprend les cas bénins de catarrhe des sommets avec température inférieure à 38°, pouls inférieur à 100, absence de bacilles dans les crachats. Chez ces malades il a observé la disparition rapide des signes locaux et généraux, si rapide même que l'on peut mettre en doute chez certains le diagnostic de tuberculose, bien qu'ils aient été adressés par des spécialistes qualifiés. S. croit qu'il s'est agi simplement chez ces derniers d'hypersensibilité aux allergènes climatiques, état voisin de l'asthme et de la rhinite vaso-motrice.

Chez les tuberculeux du second groupe, tuberculeux ouverts, avec symptômes de bronchite ou petites cavernes, ayant plus de 38°, mais conservant un état général relativement bon, les résultats ont été très satisfaisants, se traduisant par une amélioration marquée des signes objectifs et subjectifs, s'installant dès les 3 ou 4 premières semaines de la cure, sans qu'on ait institué d'autre thérapeutique.

Chez les malades du troisième groupe, tous atteints de tuberculose évolutive grave, les résultats furent nuls, mais supérieurs encore à ceux que donne l'altitude qui peut se montrer nuisible chez de tels malades.

P.-L. Marie.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
(Saint-Louis)

H. C. Pitts et G. W. Waterman (Providence). ***Résultats du traitement du cancer du col par le radium*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XX, n° 5, Novembre 1930). — P. et W. ont traité par le radium, à l'hôpital de Rhode Island, de 1921 à 1924, 92 cas de cancers du col utérin, vérifiés par l'examen histologique. Ils utilisaient à ce moment une dose de radium de 3.500 à 5.000 mgh divisée en 3 séances, à 2 ou 3 semaines d'intervalle. Depuis 1925, ils ont augmenté la dose de radium. Sur les 92 cas de cette série, 2 malades sont mortes immédiatement, 88 patientes ont été suivies : 16 étaient vivantes au bout de cinq ans.

Les cures de 5 ans sont plus nombreuses chez les patientes âgées de 40 à 50 ans.

Au point de vue clinique, P. et W. divisent leurs cas en 4 groupes.

Dans le groupe 1 (cancer limité à une lèvre du col) 3 patientes traitées sont encore vivantes et bien portantes au bout de cinq ans.

Dans le groupe 2 (col envahi à plus de la moitié, mais mobile) 8 malades sur 10 sont guéries depuis cinq ans.

Dans le groupe 3 (paramètre envahi, utérus fixé) 4 patientes sur les 35 traitées ont survécu cinq ans.

Dans le groupe 4 (envahissement de tout le petit bassin) sur 38 malades traitées une seule a survécu cinq ans.

P. et W. concluent que le meilleur moyen de traiter avec succès le cancer du col, c'est de le diagnostiquer et de le traiter de bonne heure.

M. Chifoliau.

E. Zweifel (Munich). ***L'état actuel du traitement du cancer du col utérin*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XX, n° 5, Novembre 1930). — Les méthodes de traitement du cancer du col utérin sont l'opération chirurgicale, l'irradiation, l'opération plus l'irradiation.

L'ablation totale chirurgicale peut être faite soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale. Chacune de ces méthodes peut être combinée avec l'irradiation.

L'irradiation peut être produite soit par les rayons X, soit par le radium, soit par les deux combinés.

Le pourcentage absolu de guérisons est de 20 pour 100 par l'opération abdominale radicale, de 17 pour 100 par l'hystérectomie vaginale, et de 17,7 pour 100 par l'irradiation seule.

L'irradiation combinée avec la chirurgie peut être préopératoire, post-opératoire ou à la fois pré et post-opératoire.

Il est impossible de dire, quant à présent, quelle est la meilleure méthode.

La combinaison de l'irradiation et de la chirurgie donne de meilleurs résultats que la chirurgie seule. Il ne faut donc jamais opérer sans irradier.

L'avantage le plus important de l'irradiation est qu'elle peut guérir un certain nombre de cas inopérables.

L'irradiation ne donne, en général, aucune mortalité. Z. a obtenu 87 pour 100 de guérisons permanentes dans une série de cancers diagnostiqués de bonne heure. Ce fait montre l'importance d'un traitement précoce.

M. Chifoliau.

BRASIL MEDICO
(Rio de Janeiro)

Prof. Clementi no Fraga. ***La fièvre jaune au Brésil : notes et documents relatifs à une grande campagne sanitaire*** (*Brasil medico*, tomes XLIV et XLV, 27 Septembre et 4 Octobre 1930). — Dans ce volumineux et intéressant mémoire, le professeur retrace dans ses détails la campagne sanitaire motivée par la recrudescence de la fièvre jaune au Brésil. Il fallait l'accord des Pouvoirs publics et du corps sanitaire; il fallait mobiliser cette armée de modestes collaborateurs chargés de détruire les moustiques aussi bien dans les maisons privées que dans les égouts et les marais de la ville; il fallait aussi obtenir les secours financiers nécessaires.

D'autre part, il était nécessaire de soigner les malades, d'inhumer les morts dans les meilleures conditions; les cas frustes nécessitaient des mesures diagnostiques et thérapeutiques particulières; l'immunisation, si efficace pour le macaque, a fait long feu pour l'homme. On ne peut qu'énumérer les principales rubriques de cette œuvre considérable dont Fraga a été véritablement l'âme durant les années qui viennent de s'écouler. L'auteur rend un touchant hommage à tous ses collaborateurs et surtout aux « mata mosquitos », tueurs de moustique, dont il retrace en termes émus le rude et terrible labeur.

M. Nathan.

J. Lemos Monteiro. ***Survivance du virus de la fièvre jaune dans l'organisme de certains animaux domestiques*** (*Brasil medico*, tome XLIV, n° 38, 27 Septembre 1930). — L'auteur a consacré à cet intéressant problème une série d'expériences parfaitement conduites; il se demandait en effet si certains animaux domestiques agissant comme porteurs de germes n'étaient pas susceptibles de prolonger la durée des épidémies. Voici les conclusions auxquelles il a pu aboutir : le virus de la fièvre jaune inoculé au chien semble survivre dans son organisme un certain nombre de jours : réinoculé au macaque rhésus, ce virus est capable de déterminer à nouveau une réaction fébrile et une immunité de tout point semblables à celles que provoque la primo-inoculation.

Chez le chat l'inoculation du virus peut déterminer au bout de quelques jours une réaction fébrile et d'autres symptômes, susceptibles de faire supposer la réalité de l'infection. En effet lorsqu'au bout de douze jours on inocule à un macaque rhesus le sang de ce chat, on obtient une fièvre jaune caractéristique inoculable à d'autres macaques de la même espèce. Si cette inoculation ne se fait qu'au vingtième jour, le sang confère une immunité qui permet au singe de supporter impunément une nouvelle inoculation de virus amaril.

Ces recherches permettent de supposer que les animaux domestiques jouent un certain rôle dans la propagation de cette maladie.

M. Nathan.

Nelson de Souza Campos. ***La bacillémie au cours de la lèpre*** (*Brasil medico*, tome XLIV, n° 38, 27 Septembre 1930). — En employant des techniques diverses, les différents auteurs ne sont arrivés à mettre en évidence la septicémie hansérienne que dans 18 à 25 pour 100 des cas et cela d'autant plus rarement qu'il s'agissait de lèpre à type nerveux.

L'auteur, en employant la ponction digitale, obtient des résultats notoirement supérieurs à ceux de la ponction veineuse. Ses statistiques, en faisant état des différents types de lèpre, atteignent 55 pour 100 de résultats positifs. Les lèpres tuberculeuses donnaient jusqu'à 85,7 pour 100 de réponses positives; inutile de dire que ce pourcentage était infiniment inférieur dans les lèpres nerveuses ou maculeuses. On comprend la plus grande contagiosité des premières et la nécessité de mesures prophylactiques plus sévères. Ces constatations seraient peut-être en faveur de la transmission de la maladie par les animaux hématophages.

M. Nathan.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

M. Labbé, Azerad et **E. Solomon.** ***L'état du système neuro-végétatif dans la maladie de Basedow et dans le syndrome sympathique basedowiforme*** (*Annales de Médecine*, tome XXIX, n° 3, Mars 1931). — En analysant les symptômes de la maladie de Basedow, il est possible de mettre en évidence deux syndromes distincts : un syndrome thyroïdien lié à une excitation de la sécrétion thyroïdienne; un syndrome nerveux dû à un déséquilibre du système neuro-végétatif avec excitation prédominante du sympathique.

Pour caractériser l'hyperthyroïdie, on possède un excellent test: la mesure du métabolisme basal.

Pour caractériser l'état du système neuro-végétatif, les moyens sont plus nombreux: recherche du réflexe oculo-cardiaque, épreuve de l'adrénaline, surtout épreuve de l'atropine et de l'orthostatisme de Daniélopolu. Résumant les conclusions tirées de l'étude de cette dernière épreuve dans 17 cas de basedow ou de parabasedow, L., A. et S. montrent que:

1° Chez les basedowiens, à côté de l'hyperthyroïdisme mis en évidence par l'augmentation du métabolisme basal, il existe un déséquilibre du système neuro-végétatif soit dans le sens de l'amphotonie, avec prédominance du sympathique, soit dans le sens de la sympathicotonie pure.

2° Dans le goitre avec hyperthyroïdie, il y a une hyperthyroïdie caractérisée par une élévation du métabolisme basal, mais pas de déséquilibre neuro-végétatif.

3° Dans le syndrome parabasedowien, il n'y a pas d'hyperthyroïdie, mais seulement un état de déséquilibre neuro-végétatif dans le sens de la sympathicotonie pure ou de l'amphotonie avec prédominance du sympathique; les troubles neuro-végétatifs sont ici les mêmes que dans la maladie de Basedow.

Les renseignements tirés de l'épreuve de l'atropine confirment la valeur de groupement établi antérieurement par L., A. et S. en distinguant les trois syndromes suivants: 1° la maladie de Basedow caractérisée par l'hyperthyroïdie et le déséquilibre neuro-végétatif avec sympathicotonie; 2° le goitre avec hyperthyroïdie seule; 3° le syndrome parabasedowien où le déséquilibre neuro-végétatif avec hyperthyroïdie existe seul.

ARCHIVES INTERNATIONALES DE PHARMACODYNAMIE ET DE THERAPIE
(Paris)

J. Dadlez et **W. Koskowski.** ***Les critériums biochimiques dans la classification de la fièvre expérimentale*** (*Archives internationales de Pharmacodynamie et de Thérapie*, tome XXXVIII, 1930). — D. et K., dans une série d'expériences, ont recherché s'il était possible de classer les fièvres expérimentales d'après leurs mécanismes de production. Ils distinguent deux types:

1° Un *type central*, fièvre provoquée par excitation des centres nerveux. Dans ce type, le métabolisme hydro-carboné ne joue pas ; les échanges gazeux sont normaux ou diminués.

2° Un *type périphérique*, dans lequel la fièvre est due à l'augmentation des combustions hydrocarbonées. Il se fait une décomposition du glycogène hépatique, ou du glycogène musculaire (après strychnine, par exemple) ou des deux. Le métabolisme des hydrates de carbone est augmenté. Il existe une augmentation du métabolisme chimique, du rythme respiratoire, du quotient respiratoire, qui dépasse 0,90 dans plusieurs expériences, ainsi que de la glycémie. Puis la température commence à monter.

Un *type mixte*, à la fois central et périphérique, peut aussi s'observer.

Les injections de bleu de méthylène, de bleu de toluidine, de jaune de naphtylamine et l'injection de phosphine augmentent la température du corps par un mécanisme analogue, périphérique, avec décomposition du glycogène hépatique, comme le prouvent les phénomènes notés plus haut.

La strychnine produit aussi la fièvre par augmentation de combustion des hydrates de carbone, mais aux dépens du glycogène musculaire.

La peptone, la gélatine, la tropéoline 000 provoquent la fièvre par un mécanisme central. La β-tetra hydronaphtylamine donnerait une fièvre mixte, d'abord centrale, puis centrale et périphérique.

A. Escalier.

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
(Paris)

P. Delbet et **Dan Berceano.** ***Le diacrisocyte*** (*Annales d'Anatomie pathologique*, tome VII, n° 8, Novembre 1930). — Sur des cobayes vaccinés au « propidon », les auteurs ont remarqué l'existence d'éléments leucocytaires nouveaux, qui paraissent n'avoir jamais été rencontrés jusqu'ici et qu'ils baptisent « diacrisocytes ».

Ils les ont étudiés spécialement sur empreintes de rate et de moelle osseuse. C'est dans la rate qu'ils sont le plus nombreux: jusqu'à 12 dans un champ d'immersion. On rencontre ces éléments dans le sang circulant, mais jamais nombreux (4 pour 100 des leucocytes au maximum).

Les diacrisocytes sont presque exclusivement présents chez les cobayes vaccinés; on peut en trouver quelques-uns cependant chez les femelles pleines et chez les cobayes parasités.

Les auteurs étudient leur aspect par les différentes méthodes de fixation et de coloration. Ce sont des éléments mononucléés de grande taille, au noyau arqué et dont le protoplasme contient une grosse enclave; cette enclave paraît renfermer des granules par la coloration au Giemsa, mais, par les autres méthodes, c'est une boule protoplasmique. Il faut prendre connaissance de ces aspects sur une planche en couleur jointe au travail.

L'origine des diacrisocytes est inconnue; leur rôle serait sécrétoire et en rapport avec les phénomènes hématopoïétiques intenses que déclanchent des vaccinations par le propidon. Les auteurs leur attribuent une sécrétion holocrine endocrinienne.

P. Moulonguet.

Bonnet et **Bulliard.** ***La cancérisation des polypes*** (*Annales d'Anatomie pathologique*, tome VII, n° 9, Décembre 1930). — Une néoplasie maligne peut-elle prendre naissance dans un polype? Cette notion n'est guère en faveur.

B. et B. croient cependant avoir observé dans de rares cas la transformation *in vitro* d'un polype en cancer. Ils rappellent l'existence possible de cette évolution pour les polypes de la vessie. Leurs observations personnelles portent sur les polypes des fosses nasales et de l'utérus.

Pour les polypes nasaux, ils reproduisent trois exemples: polype muqueux avec transformation papillaire à la base; polype fibro-épithélial aux altérations dyskératosiques précancéreuses du revêtement en un point; polype nettement cancérisé, c'est-à-dire avec envahissement du stroma par des bourgeons épithéliaux atypiques.

Dans l'utérus, les polypes sont habituellement des réactions adénomateuses ou papillaires à l'infection ou au voisinage d'une tumeur. Cependant quelques cas ont été rapportés de cancérisation d'un polype utérin. B. et B. en ont observé un exemple où le diagnostic a été fait grâce à l'examen du polype enlevé d'abord isolément et ce diagnostic a conduit à pratiquer une hystérectomie. Histologiquement il s'agit de la transformation cancéreuse de l'épithélium pavimenteux du revêtement en un point où il envahit les glandes muqueuses du polype.

P. Moulonguet.

Nicod. ***Les nécroses de la rate dans les néphrites chroniques urémiques*** (*Annales d'Anatomie pathologique*, tome VII, n° 9, Décembre 1930). — Les nécroses de la rate ont été exceptionnellement observées au cours de la glomérulo-néphrite chronique (Feitis). Cependant N. en a rencontré deux exemples dans des autopsies.

Dans les deux cas, les nécroses spléniques sont récentes et nettement secondaires aux lésions de sclérose rénale. Ce sont des foyers nombreux et presque confluents. Les vaisseaux de la rate sont atteints, comme ceux des reins, d'artério-sclérose: une statistique des altérations vasculaires dans un cas indique que 60 pour 100 des petites artères pénicillées sont lésées, 30 pour 100 des artères folliculaires, aucune grande artère trabéculaire.

Cependant N. ne croit pas que les nécroses spléniques qu'il a observées soient purement ischémiques. Il les interprète comme résultant de l'association de l'ischémie et de l'action toxique de l'urée. C'est cette action de l'urée qui expliquerait la présence de dépôts fibrineux au voisinage des nécroses et c'est l'augmentation de l'azotémie à la période terminale des néphrites qui déclancherait les lésions de la « rate tachetée ».

P. Moulonguet.

REVUE ODONTOLOGIQUE
(Paris)

M.-P. Weil. ***Manifestations dentaires et troubles du métabolisme calcique*** (*Revue odontologique*, tome LI, n° 11, Novembre 1930). — W. rappelle tout d'abord que l'état de la calcémie n'est pas le reflet de l'état des sels calcaires dans les tissus. Il existe des hypo- et des hypercalcémies incontestables, mais « le taux du calcium sanguin reste fixe au cours de nombreux processus dont la décalcification est l'expression clinique. Le sang peut même exprimer un trouble dont le sens est différent de celui des tissus ».

W. montre que les troubles de décalcification dentaire et osseuse (le sang, s'efforçant de maintenir constante sa teneur en calcium, puise dans le réservoir formé par l'os et les dents) sont dus à une insuffisance d'apport ou à une insuffisance de fixation.

Il semble que nos régimes alimentaires très ordinaires ne nous apportent guère plus de 0 gr. 50 à 0 gr. 75 de calcium, alors qu'il nous faut de 0 gr. 40 à 2 gr. de calcium. Ces besoins sont plus importants au cours de la grossesse, de la lactation et de la croissance.

Le drainage du calcium maternel vers le fœtus atteint, à terme, 0 gr. 60 par jour. Le lait maternel renferme environ 0 gr. 35 par litre et, à la 28e semaine, la sécrétion lactée est d'un litre par jour. L'enfant normal a besoin de 0 gr. 30 de calcium par jour et il faut lui donner 1 gr. à 1 gr. 50 pour assurer une nutrition suffisante (Herbst).

Mais même s'il n'y a pas carence d'apport, il peut y avoir décalcification par carence de fixation



"Σ" en clientèle
discret, bien toléré, énergique
Le traitement "LUDIN" (Mercure et Arsenic)
offre au Médecin, sous trois formes, l'arme commode dont il a besoin pour répondre aux cas épineux de la pratique.
Enfants hérédos, Prophylaxie intra-utérine, Traitement d'épreuve, Intolérance aux arsénos, etc...
SIROP
GRANULES
LUDIN
par jour :
2 à 4 cuillerées à soupe
3 ou 6 granules
traitement arséno-mercuriel
dissimulé
très actif .... très discret .... très maniable.
Vous vérifierez son efficacité et sa tolérance parfaite en demandant littérature et échantillons : Laboratoires REY à DIJON

relevant d'un état endocrinien (système thyro-parathyroïdien et génital principalement).

Ajoutons le rôle fixateur des ultra-violets, de la vitamine D, du phosphore. C. Ruppe.

Bousquet. ***Considérations sur l'importance du diagnostic précoce dans les accidents primitifs syphilitiques buccaux, et, dans certains cas, de la difficulté de ce diagnostic*** (*Revue odontologique*, tome LI, n° 11, Novembre 1930). — B. rapporte 3 cas atypiques d'accident primitif de syphilis intra-buccale.

Le premier concerne une jeune fille de 22 ans qui porte une ulcération souple, allongée, au-dessous de la canine droite, intéressant plus la gencive que la lèvre, recouverte d'une pseudo-membrane adhérente et de 3 autres ulcérations, très petites, linguale, jugale et gingivale. Pas de ganglions, mais tréponèmes à l'ultra et W. positif.

Le second cas intéresse un homme de 53 ans, pyorrhéique, à bouche mal entretenue, porteur d'une ulcération de la face interne de la joue, profonde, grisâtre, avec des bords indurés, ne saignant pas, mais suppurant. Pas de ganglions. W. positif et guérison par le traitement.

Le troisième cas s'est traduit, chez un sujet de 25 ans, par une petite lésion érosive, recouverte d'une pseudo-membrane, siégeant dans la région sublinguale; pas de trace d'induration, pas de ganglion; W. positif quelques jours plus tard.

C. Ruppe.

PROVINCE DENTAIRE
(Marseille)

Dufourmentel. ***Les dystrophies de la mâchoire inférieure*** (*Province dentaire*, tome XVI, n° 5, Septembre et Octobre 1930). — Par dystrophie méniscale et laxité ligamentaire, il peut se produire :

1° *Un craquement articulaire, léger, indolore, discontinu*, survenant dans le dernier tiers du mouvement d'ouverture de la bouche et dû au contact anormal du pôle interne du condyle maxillaire et de la partie profonde du condyle temporal ; ce contact anormal est rendu possible par l'insuffisance d'attache du ménisque qui ne suit pas le condyle dans tout son mouvement antérieur.

2° *Un craquement plus brusque, perceptible par l'entourage*, qui est l'indice d'une véritable subluxation condylo-méniscale ; le condyle tout entier vient frapper le temporal.

3° A un troisième degré, c'*est une véritable articulation à ressort, une luxation récidivante habituelle* qui est une véritable infirmité.

Dans d'autres cas, les dystrophies mandibulaires intéressent l'os : le condyle, le col du condyle, la branche montante, la branche horizontale ou même la totalité de la mandibule et D. décrit rapidement toutes ces lésions.

Après avoir insisté sur la solidarité articulo-mandibulaire, D. signale les causes de ces déformations progressives de l'articulation temporo-maxillaire qui sont traumatiques ou rhumatismales et, parmi les causes traumatiques, il montre l'importance des petits traumatismes répétés en rapport avec les perturbations de l'articulé dentaire. Il énumère ensuite les traitements à apporter à ces dystrophies.

C. Ruppe.

ANNALES des MALADIES DE L'OREILLE, DU LARYNX DU NEZ ET DU PHARYNX
(Paris)

G. Worms, L. Moatti et **Rateau.** ***Application des courants électro-anesthésiques d'Araya en oto-rhino-laryngologie*** (*Annales des maladies de l'Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx*, tome XLIX, n° 10, Octobre 1930). — Ce mode de traitement par les courants d'Araya n'est pas nouveau. Il a déjà été employé dans le service du prof. Sicard et compte à son actif un certain nombre de succès.

L'appareil d'Araya permet d'avoir à la peau un courant alternatif, non électrolytique, et, au niveau des troncs nerveux, un courant de sens constant, rythmique, électrolytique, *analgésique et inhibiteur*, beaucoup plus intense que ceux qu'on peut employer d'habitude. Au début, il se manifeste pendant une courte période une action faradique légère, excitante ; puis le courant, ayant acquis une intensité plus forte, exerce sous les tissus nerveux sous-jacents une action galvanique nettement inhibitrice ; enfin, si l'on augmente encore l'intensité, les sensations faradiques reprennent le dessus et les muscles voisins sont soumis à des contractions rythmiques plus fortes qu'au commencement.

Cette action d'allure mixte, *faradique et galvanique*, du courant d'Araya, mais surtout à effet *inhibitoire*, est due à l'agencement des 4 électrodes, 2 positives et 2 négatives. Elle provient, d'autre part, de la position donnée à ces électrodes par rapport au tissu nerveux.

La source du courant est une bobine de Ruhmkorff alimentée par des piles ou des accumulateurs. Le courant du secondaire est appliqué au moyen d'un dispositif qui se compose de 4 électrodes de cuivre disposées en rectangle sur une plaque d'ébonite. 2 de ces électrodes formant un petit côté du rectangle sont reliées au pôle positif de la bobine. Les 2 autres sont reliées au pôle négatif. On observe dans l'aire du rectangle ainsi formé un champ électrique restreint, de densité élevée, du courant circulant entre les électrodes positives et négatives. Si les électrodes sont appliquées sur la peau, le courant faradique de la bobine, empruntant les électrolytes des tissus, se ferme à l'intérieur de l'organisme et, si un conducteur nerveux se trouve dans l'aire de projection du champ électrique, un *phénomène vibratoire* prend naissance. La plaque peut être appliquée en position bulbaire ou zygomatique. Bulbaire, elle sera placée sur une ligne réunissant les deux mastoïdes, les électrodes négatives en haut. Zygomatique, elle sera placée à cheval sur la ligne zygomatique, les électrodes négatives en bas.

W. M, et R. ont pu traiter avec succès des cas de névralgie faciale et de *vertiges fonctionnels.* Ils ont obtenu des résultats intéressants dans quelques cas de *bourdonnements* et de *surdité.*

Il s'agit d'une méthode facile et sans danger pour laquelle de nouvelles recherches permettront de préciser la valeur et peut-être d'élargir les indications.

Leroux-Robert.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG
(Paris)

Jean Sabrazès (Bordeaux). ***Les diphtéries hémorragiques et le purpura post-sérothérapique*** (*Archives des maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXIII, n° 10, Octobre 1930). — Sur près de 300 dossiers de diphtérie rassemblés dans son service, 2 mentionnent du purpura, précoce dans un cas qui fut mortel, tardif dans le second qui guérit.

Le premier cas a trait à une femme de 36 ans. La diphtérie se traduisit d'emblée par des fausses membranes noirâtres, hémorragiques, dont l'ensemencement donna exclusivement des bacilles diphtériques. Un purpura hémorragique typique apparut dès le début, caractérisé aussi bien cliniquement qu'hématologiquement. La première injection de sérum donna une ecchymose, et les hémorragies se manifestèrent aussi bien au niveau de la peau que des muqueuses. Il existait une néphrite aiguë avec colibacillurie, de l'insuffisance surrénale avec hypotension. Mort rapide par collapsus cardiaque. Chez cette femme, qui avait accouché deux mois avant, une diphtérie hypertoxique a peut-être simplement réveillé un syndrome hémogénique préexistant, car auparavant la malade saignait très abondamment à chaque époque menstruelle.

Le second cas est une observation d'éruption sérique purpurique : l'éruption sérique, d'abord urticarienne, devint purpurique, mais ce purpura cutané ne s'accompagna pas d'hémorragies par les muqueuses, ni d'autres complications viscérales ou manifestations hématiques. Guérison rapide. S. rapproche de ce cas trois observations de Dupérié.

On peut se demander si, en raison de la fièvre et des symptômes généraux, une infection secondaire n'est pas responsable de ces réactions post-sériques purpuriques, comme on le suppose pour certains érythèmes scarlatiniformes survenant au cours de la diphtérie.

L. Rivet.

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE
(Paris)

Marc Rivière. ***Contribution à l'étude microscopique comparée des placentas dits albuminuriques et syphilitiques et des placentas normaux*** (*Gynécologie et Obstétrique*, 1930, tome XXII, n° 6, Décembre 1930). — Les altérations rencontrées par les divers auteurs dans l'étude histologique du placenta syphilitique, soit au niveau de l'axe des villosités, soit au niveau de leur ectoderme, ont été interprétées de façons assez différentes, les uns les considérant comme spécifiques de l'infection tréponémique, les autres leur refusant cette spécificité histologique.

En ce qui concerne le placenta albuminurique, les recherches histologiques sont moins nombreuses. Les lésions du placenta dit albuminurique concernent soit le revêtement des villosités, soit leur axe vasculaire, soit des territoires plus ou moins vastes dans lesquels tous les éléments histologiques sont frappés de dégénérescence et de nécrose.

Or, fait remarquer R., il n'existe pas d'opposition fondamentale entre les divers types de lésions que l'on rencontre entre les deux ordres de placentas.

Le prof. Fruhinsholz a le premier attiré l'attention sur l'association qui peut exister en clinique entre l'albuminurie gravidique et la syphilis et il a, dans le domaine de l'anatomie pathologique, montré l'origine syphilitique probable de certains placentas dits albuminuriques. Ultérieurement R., dans un travail surtout clinique, consacré à l'étude des liens étiologiques qui réunissent le symptôme albuminurie gravidique et l'étiologie syphilitique, avait consacré un bref chapitre à l'étude anatomo-pathologique de ces placentas. C'est cette partie de la question qu'il reprend à propos de 16 placentas d'intoxication gravidique avec albuminurie, de 3 placentas expulsés par des malades atteintes de néphrites, de 12 placentas provenant de syphilitiques, et de 9 placentas recueillis chez des femmes paraissant cliniquement normales.

Placentas albuminuriques. — Il y avait, dans tous les placentas examinés, des lésions de l'ectoderme (hypertrophie irrégulière du revêtement syncytial qui, aminci en certains points jusqu'à revêtir un aspect endothélial, bourgeonne par ailleurs en massues plus ou moins volumineuses), des lésions de l'axe conjonctivo-vasculaire (vaisseaux importants et, avec une fréquence encore plus grande, capillaires des petites villosités) et enfin, presque toujours, des nécroses des villosités (territoires plus ou moins vastes constitués par des villosités dont ne subsiste que le squelette, dont les vaisseaux sont

oblitérés, dont le revêtement syncytial est plus ou moins dégénéré).

Placentas syphilitiques. — On y retrouve des lésions de l'ectoderme extrêmement fréquentes, sensiblement superposables à celles décrites dans le placenta albuminurique; des lésions de l'axe conjonctivo-vasculaire (dans un grand nombre de villosités de petit calibre, les vaisseaux sont noyés dans une gangue scléreuse extrêmement riche en fibres conjonctives; les vaisseaux des villosités importantes sont assez fréquemment le siège de lésions intéressant toutes les tuniques en allant jusqu'à l'oblitération complète ; extrême abondance des formations télangiectasiques) ; d'importants territoires nécrotiques.

Dans les *placentas supposés normaux*, les déformations de la lumière vasculaire en forme d'étoile ou en forme de croissant, qui ont été souvent considérées comme liées à un état pathologique, sont fréquentes. La fréquence avec laquelle R. les a rencontrées, tant dans les placentas normaux que dans les placentas albuminuriques ou syphilitiques, l'incite à faire les réserves les plus expresses sur leur signification.

En somme, les aspects rencontrés dans les divers types de placentas étudiés, normaux ou pathologiques, sont étrangement concordants.

La sénescence normale du placenta ne va pas sans provoquer des modifications analogues aux manifestations pathologiques. Que des substances anormales circulant dans le sang maternel soient susceptibles d'exagérer l'ampleur de ce processus physiologique, nul n'en doute. Encore faut-il que ces toxines aient circulé à une concentration suffisante et pendant un temps assez long pour que leur action soit appréciable histologiquement.

Sans préjuger de ses origines, l'albuminurie gravidique peut traduire, soit une bouffée toxique suraiguë, évoluant soudainement dans un organisme indemne, soit un lent processus d'intoxication, évoluant pendant les trois ou quatre derniers mois de la gestation, soit enfin des poussées successives, d'acuité variable, se greffant sur un fond d'intoxication chronique. Ce sont les albuminuries prolongées, réfractaires au régime, évoluant pendant un, deux ou trois mois, qui semblent imprimer au placenta ses lésions histologiques les plus importantes. A ces diverses éventualités doivent correspondre des lésions variables : il y a *des* placentas albuminuriques et il y a aussi *des* placentas syphilitiques. La vérole floride, contractée au début ou au cours de la grossesse, n'est en rien comparable avec la vieille et sournoise syphilis que la femme a contractée pour son propre compte des années auparavant, ou avec celle, sérologiquement et cliniquement silencieuse, que lui ont léguée ses ascendants. Le traitement, enfin, plus ou moins précoce, plus ou moins efficace, plus ou moins persévérant, vient encore modifier l'aspect du problème.

L'auteur se défend de ramener à la syphilis toute la pathogénie de l'albuminurie gravidique; mais il tient à souligner qu'il n'y a pas antinomie microscopique entre le placenta dit syphilitique et le placenta dit albuminurique.

HENRI VIGNES.

PEDIATRIE
(Marseille)

A. Bernard et **H. Frémaux** (Lille). ***Les méningites aiguës lymphocytaires bénignes*** (*Pédiatrie*, an. XIX, Décembre 1930). — La lymphocytose que l'on observe dans le liquide céphalo-rachidien au cours des méningites aiguës est presque toujours l'indice d'une méningite tuberculeuse. Il arrive cependant que le laboratoire ne puisse mettre en évidence le bacille de Koch dans le liquide et que l'inoculation au cobaye reste négative. Il arrive également que, malgré la lymphocytose et l'aspect clinique, l'affection évolue vers la guérison.

A l'occasion d'un cas personnel de ce genre, B. et F. rappellent les caractères des principales méningites lymphocytaires bénignes :

Méningite ourlienne primitive. — On recherchera l'apparition de la fluxion parotidienne, après avoir obtenu des réactions sérologiques négatives (spirochétose et syphilis).

Méningite herpétique. — Ce diagnostic sera probable lorsqu'on verra survenir une réaction méningée au cours d'un herpès (surtout génital) et suivant une évolution parallèle.

Méningite de la poliomyélite. — L'allure clinique est souvent celle de la méningite cérébro-spinale et la réaction du L.C.R. celle de la tuberculose ; la notion d'épidémie, l'apparition de parésies ou de paralysies, la notion de saison (la poliomyélite est une maladie d'été), la recherche des propriétés neutralisantes du sérum du malade aideront au diagnostic.

Méningite de l'encéphalite. — Divers signes peuvent attirer l'attention du côté de l'encéphalite : la somnolence, des troubles oculaires, des secousses musculaires rappelant la myoclonie, de l'hypertonie musculaire, parfois la présence de certains délires à type onirique, l'évolution de la maladie par poussées, enfin la notion d'épidémie. Parfois, l'évolution ultérieure d'un parkinsonisme permet un diagnostic rétrospectif.

Forme méningée de la spirochétose ictéro-hémorragique. — On constate fréquemment un subictère des conjonctives, de la douleur dans la région hépatique et, enfin, de la polynucléose de début. Pour confirmer le diagnostic, on recherchera la réaction de neutralisation dans le sang du malade, où elle est toujours positive, tandis que l'inoculation au cobaye, le séro-diagnostic, la recherche des spirochètes dans l'urine sont le plus souvent négatifs.

Méningite syphilitique aiguë. — Le diagnostic se basera sur les antécédents spécifiques, la coexistence d'autres symptômes spécifiques (roséole, recherche de gros ganglions dans le pli de l'aine), et surtout les réactions sérologiques (B.W. dans le sang et le L.C.R.), réaction de Lange (généralement du type paralytique). Chez l'enfant, on recherchera les signes d'hérédo-syphilis : crâne natiforme, tibia en lame de sabre, malformations dentaires, etc.

Méningite saturnine. — Les anamnestiques (profession du malade, colique de plomb), les signes d'intoxication (liséré de Burton, tatouage des joues, anémie prononcée) feront le diagnostic.

Méningite vermineuse. — On y pensera chaque fois qu'on aura connaissance de la présence possible d'ascaris dans l'intestin du malade ; l'expulsion des vers amenant la guérison, après la prise d'un antihelminthique, confirmera le diagnostic.

Tels sont les principaux signes qui permettent d'établir, dans les cas les plus importants, un diagnostic étiologique certain ; cependant, si celui-ci n'est pas possible, on se contentera de celui de « méningite lymphocytaire bénigne ». L'intérêt de ce diagnostic réside dans la bénignité du pronostic qu'il comporte habituellement.

G. SCHREIBER.

A. Marique (Bruxelles) ***Vomissements acétonémiques avec symptômes graves ; insuline*** (*Pédiatrie*, an. XIX, Décembre 1930). — M. a observé deux cas de vomissements acétonémiques avec symptômes graves qui ont failli entraîner une intervention chirurgicale inutile. Un diagnostic précis, grâce à la présence d'acétone dans l'urine et grâce au succès de la médication par l'injection d'insuline, permit dans les deux cas d'éviter une laparotomie.

Voici brièvement résumés ces deux observations :

I. Fillette. 8 ans et 1/2. Premier accès de vomissements. Amenée avec le diagnostic d'appendicite dans un état général alarmant. Injections d'insuline. Guérison. Enlèvement ultérieur d'un appendice *malade*. Nouvelle crise, nouveau succès immédiat par injections d'insuline. Cinq mois plus tard nouvelle crise. Nouveau traitement à l'insuline. Même succès.

II. Fillette. 5 ans. Opérée d'urgence par le chirurgien de garde pour invagination intestinale : désinvagination après section d'une bride ; création d'un anus sur le transverse. Fermeture ultérieure de cet anus ; plus tard encore, cure de l'éventration. Aucune de ces narcoses n'est suivie de vomissements acétonémiques. Peut-être les vomissements qui suivirent la dernière opération étaient-ils de cette nature, mais aucune analyse d'urine n'a été effectuée pour la recherche de l'acétone et de l'acide diacétique.

L'enfant revient quatre mois plus tard avec des vomissements qui auraient pu faire penser à une obstruction intestinale, étant donné l'histoire précédente, mais ils sont reconnus de nature acétonémique, et le traitement par l'insuline fournit un succès immédiat qui confirme ce diagnostic.

G. SCHREIBER.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

Louis Alquier. ***La réflexothérapie chiro-électrique*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIII, n° 101, 17 Décembre 1930). — Par des manœuvres manuelles et par la chaleur, A. cherche à faire disparaître les infiltrats sous-cutanés et à rétablir la vasomotricité et le tonus tissulaire.

Il distingue 6 groupes de réactions neuro-tissulo-vasculaires :

Le type toxi-infectieux comprend l'inflammation qui constitue une contre-indication formelle au traitement et un aspect neuro-paralytique avec distension parfois considérable et rapide des parties molles et des ganglions. Un petit infiltrat discret donnant l'aspect d'une cellulite aiguë douloureuse ou des poussées répétées d'engorgement lymphatique fébrile, peuvent être également observés. Ces deux dernières formes seulement bénéficient de la réflexothérapie par massage.

Les infiltrats chroniques plus ou moins intenses, parfois sectionnés par des bandes de rétraction permanente, toujours froids et peu vascularisés, sont favorablement influencés par ce traitement.

Dans le type rhumatoïde ou arthritique, l'infiltrat est moins abondant et plus diffus, il y a souvent synovite et arthrite. Il faut se méfier de l'irritabilité extrême de cette forme et ne lui appliquer les manœuvres manuelles qu'avec prudence.

Relèvent encore de la méthode d'A. les séquelles d'une affection non en activité, celles de l'immobilisation, des contusions, le reliquat inflammatoire de toute infection locale guérie ainsi que les réactions vasomotrices, les troubles sécrétoires et ceux des muscles lisses qui témoignent d'une surréflexivité neuro-végétative.

La méthode se propose en effet de faire jouer, à l'aide de la main, les réflexes d'ordre neuro-végétatif qui régissent la circulation de la lymphe et celle du sang et de rééquilibrer ainsi les réactions qui se produisent entre les tissus, les vaisseaux et le système neuro-végétatif.

ROBERT CLÉMENT.

L'HOPITAL
(Paris)

G. Siguret (Saint-Nectaire). ***Ce qu'apprennent les cylindres urinaires*** (*L'Hôpital*, tome XIX, n° 285 *bis*, Avril 1931). — On donne le nom de *cylindres* à des agglomérations d'éléments ou à des coagulations d'origine diverse ayant le caractère commun de représenter sous une forme plus ou

moins cylindrique le moule des tubes urinifères dans lesquels elles ont pris naissance.

Au point de vue morphologique, on peut ranger les cylindres des urinaires en 2 grandes classes: les *cylindres homogènes non cellulaires* et les *cylindres cellulaires.*

I. Cylindres homogènes. — Le type le plus commun en est fourni par les *cylindres hyalins.* Ce sont des petits tubes d'albumine coagulée très réfringents, qui, caractéristique particulière, prennent très mal les colorants.

Les cylindres *muqueux*, dénommés aussi *cylindroïdes*, sont également rencontrés très fréquemment. Ils sont formés d'une substance qui prend mal les colorants, mais se différencient assez facilement des cylindres hyalins, car ils sont beaucoup plus longs et plus ténus.

Les *cylindres colloïdes*, que l'on observe moins souvent, sont reconnaissables à leur volume et à leur teinte jaune; en outre, ils fixent beaucoup plus énergiquement les divers colorants que les cylindres hyalins et les cylindroïdes.

Les *cylindres graisseux.* sont plus rares; il est relativement facile de les identifier, grâce à l'aspect très particulier des gouttelettes graisseuses qui les constituent et à la coloration rouge vif que leur communique le Soudan III.

Plus rares encore sont les *cylindres amyloïdes;* ils se caractérisent par la coloration rouge groseille que leur donne le violet de Paris, au même titre d'ailleurs que n'importe quel fragment de matière amyloïde.

II. Cylindres cellulaires. — Cette classe comprend: les cylindres épithéliaux, les cylindres granuleux et les cylindres hématiques.

Les *cylindres épithélioux* sont constitués par l'agglomération de cellules tubaires unies entre elles par de la substance hyaline ou granuleuse.

Les *cylindres hématiques* sont constitués par une masse fibrineuse à laquelle se surajoutent des globules rouges et souvent des globules blancs.

Les *cylindres granuleux* sont constitués par de grosses granulations réfringentes, plus ou moins abondantes. Ces granulations sont formées par les détritus cellulaires provenant de l'altération des tubes contournés. Ils contiennent assez souvent d'autres éléments: corpuscules graisseux, hématies, matière colloïde, constituant ainsi les *cylindres mixtes.*

On peut même rencontrer, groupés sous forme de cylindres, des cristaux d'urates, de phosphates, des bactéries. Le diagnostic de ces *pseudo-cylindres* est d'ordinaire facile par un examen à un fort grossissement.

Si l'on sait bien apprécier la valeur séméiologique des divers cylindres, on peut tirer de l'étude de la cylindrurie de précieux éléments de diagnostic et de pronostic pour un certain nombre d'affections rénales.

Parmi les cylindres homogènes, les cylindres hyalins n'offrent véritablement pas d'importance: leur valeur séméiologique est celle de l'albuminurie puisqu'il s'agit d'albumine coagulée. Il en est de même des cylindres muqueux ou cylindroïdes: leur présence traduit simplement de la congestion rénale et un certain catarrhe desquamatif des dernières voies excrétives du rein. Au contraire, les cylindres colloïdes, formés dans les tubuli contorti, indiquent une altération de cette portion du tube urinaire; ils sont presque toujours un indice de profonde altération de la glande rénale, et commandent un pronostic sombre.

Les cylindres graisseux dénotent une dégénérescence graisseuse des épithéliomes sécréteurs et, de ce fait, impliquent, eux aussi, un mauvais pronostic.

Parmi les cylindres cellulaires, tous ont une réelle valeur séméiologique.

Les cylindres hématiques indiquent la rupture de capillaires congestionnés; leur présence a une grande valeur pour établir l'origine rénale de l'hémorragie quand il existe des hématuries.

L'apparition de cylindres épithéliaux dans le sédiment d'une urine est toujours d'un pronostic sérieux; elle témoigne d'une mortification très rapide et très profonde de l'épithélium rénal qui desquame en masse sans avoir eu seulement le temps de dégénérer.

Enfin, la constatation de cylindres granuleux qui sont formés aux dépens des tubuli contorti dénote un certain degré de cytolyse protoplasmique. Quand leur élimination est de courte durée et leur volume étroit, il s'agit d'altérations légères et superficielles avec bon pronostic; au contraire, si l'élimination est continue durant de longues périodes, et si les cylindres sont larges et volumineux, il s'agit de lésions profondes; le pronostic est grave.

LYON MÉDICAL

R. Condamin. ***La fibro-conjonctivite du bassin de la femme (cellulite) : essai de pathogénie et d'anatomie pathologique*** (*Lyon médical*, tome CXLVI, n° 44, 2 Novembre 1930). — Le mot de *cellulite* n'est pas heureux, car il localise dans le tissu cellulaire un processus qui probablement peut atteindre toutes les régions du tissu connectif interstitiel et éveille l'idée d'une réaction inflammatoire. C. préfère le terme de *fibro-conjonctivite*, car cette affection aboutit le plus souvent à une sclérose fibreuse d'allure cicatricielle. La cellulite ne représente qu'un moment de l'affection qui peut être passager ou persister et devenir progressif et définitif.

La cellulite du cul-de-sac de Douglas est une localisation fréquente. A l'occasion de congestion menstruelle, sexuelle ou autres, se produisent des douleurs vagues, pesanteurs, surtout à la pression ou à la traction. A l'examen, on a la sensation de tuméfactions légèrement œdémateuses; on perçoit des petits grains, douloureux à la pression, que celle-ci peut faire disparaître.

C'est là la première phase de la cellulite, la période simplement congestive. Si ces phénomènes se reproduisent chaque mois, pendant des années, à cette phase simplement congestive et œdémateuse algique succédera une autre phase qui durera tous le mois, avec exacerbation au moment de la menstruation. Dans l'intervalle des règles, on pourra constater que la souplesse du Douglas est diminuée. Celui-ci s'est rétracté, il est sillonné par quelques tendinets fibreux.

Après quelques années, survient le troisième moment de la cellulite, véritable transformation fibreuse de toute l'épaisseur du Douglas ; l'utérus et le rectum sont presque en contact par suite de la rétraction plastique.

L'expérimentation permet de reproduire les phases de ce processus.

Dans les formes légères et au début, ce sont les troubles vasculaires qui dominent : il faut favoriser un retour à la circulation normale par des massages très légers, des applications chaudes, quelques mouvements judicieusement choisis et appliqués.

Quand les rétractions ont commencé et les douleurs augmenté, un massage plus vigoureux, complété par des étirements prudents des lames fibroplastiques, peut rétablir la situation. A la phase, atrophique, le résultat est plus douteux.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

P. Bertoye (Lyon). ***L'insuline dans le traitement des états prolongés de dénutrition chez le nourrisson*** (*Journal de Médecine de Lyon*, an XII, n° 270, 5 Avril 1931). — Les états de dénutrition prolongée chez le nourrisson constituent une des causes les plus fréquentes de mortalité ou de chétivisme au cours du premier âge. Les médications usitées sont nombreuses et plusieurs se sont montrées efficaces. Toutes ont le même but : stimuler l'organisme et l'inciter à récupérer un pouvoir d'assimilation et un équilibre nutritif qu'il semblait avoir perdu. Parmi elles l'insuline est la dernière venue: l'auteur l'a employée systématiquement chez les nourrissons de la crèche de l'hôpital Debrousse et les résultats obtenus lui permettent d'affirmer qu'elle constitue un moyen thérapeutique dont on ne saurait se priver.

Pour être efficace, elle doit toujours être employée au moment de l'introduction dans l'organisme d'hydrates de carbone. Les solutions glucosées en injections sous-cutanées ou intra-veineuses ne peuvent être qu'un moyen d'exception, et il est préférable de s'adresser à la simple ingestion d'une solution de glucose ou de saccharose qui suivra immédiatement l'injection d'insuline. En agissant ainsi, non seulement on évitera les accidents d'hypoglycémie qui sont les seuls à redouter au cours de cette thérapeutique, mais on fournira à l'organisme une ration supplémentaire dont l'insuline favorisera l'assimilation.

Les doses employées sont variables suivant les auteurs: B propose de les fixer à une unité par kilogramme de poids. Les injections seront d'abord quotidiennes, puis trihebdomadaires, et, par séries de 10, seront continuées pendant plusieurs semaines. La voie sous-cutanée ou intramusculaire est la seule pratique; la voie veineuse ne peut être qu'une méthode d'exception; les voies buccale ou rectale ne sont pas encore sorties de la période d'expérimentation.

Les résultats sont variables suivant les auteurs, mais cela est dû en grande partie à une imprécision dans la définition des termes employés pour désigner les divers états de dénutrition. Il faut distinguer l'athrepsie, l'hypothrepsie et l'hypotrophie. Dans l'athrepsie vraie, l'insuline ne donne pas de résultats. Par contre, dans l'hypothrepsie et surtout dans l'hypotrophie, elle constitue une thérapeutique remarquablement efficace: sous son influence le poids augmente, la taille s'accroît, il y a réapparition des réserves graisseuses aux points d'élection.

Mais ces résultats ne sont que passagers si l'on s'en tient à la seule cure d'insuline. Pour avoir de véritables guérisons, il faut soumettre le nourrisson à une diététique convenable et lui fournir une alimentation en rapport avec son poids et son état.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

M. Drouineau et **J. Torlais** (La Rochelle). ***Erysipèle et sulfarsénol*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome LI, n° 46, 16 Novembre 1930). — D. et T. apportent 3 observations d'érysipèle traités et guéris par les injections sous-cutanées de sulfarsénol.

La première observation a trait à un homme de 40 ans, emphysémateux, chez qui un érysipèle bénin de la racine du nez fut précédé de plus de quarante-huit heures par une adénopathie cervicale qui égara momentanément le diagnostic. Après 2 injections de 0 gr. 02 de sulfarsénol, la température redevint normale et l'érysipèle disparut.

L'érysipèle des joues et de la racine du nez d'un terrassier de 52 ans, normal par ailleurs, fut traité au 5e jour ; 2 injections de 0 gr. 12 de sufarsénol amenèrent la chute de la fièvre et la disparition de l'érysipèle qui récidiva 10 jours plus tard et s'accompagna cette fois d'un abcès de la paupière inférieure droite, consécutif à un kyste sébacé enflammé.

Le troisième érysipèle, de l'angle interne de l'œil, s'accompagnait d'une fièvre élevée et n'avait pas cédé à l'injection de vaccin antipyogène, ni à celle d'électragol intra-musculaire; il s'améliora et la fièvre disparut à la suite d'injection de pyoformine. Une récidive avec extension du côté opposé, à la joue et à l'oreille, dura une dizaine de jours; l'injection de 0 gr. 06 de sulfarsénol, pratiquée alors, puis 3 injections de 0 gr. 12, amenèrent la guérison. ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX et de la RÉGION DU SUD-OUEST (Bordeaux)

P. Broustet et **J. Bernès-Lasserre**. ***L'hypotension artérielle n'est pas toujours un état pathologique*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CVII, n° 28, 30 Octobre 1930). — Parmi les hypotendus, qui ne sont pas très nombreux, il faut distinguer les malades et les bien portants.

Chez les premiers, à l'hypotension s'ajoutent des symptômes qui traduisent une insuffisance fonctionnelle du tube digestif, du système nerveux, des reins et surtout des glandes endocrines. Beaucoup de ces malades sont chétifs, peu développés. Les désigner sous le vocable d'hypotendus artériels est restreindre trop considérablement le problème et donner d'eux une idée bien incomplète.

Après avoir recherché systématiquement l'hypotension artérielle, chez 500 sujets, B. et B.-L. ne trouvent que 18 hypotendus (3,5 pour 100), et sur 18 hypotendus, 12 seulement présentent des troubles. 6 paraissaient absolument normaux.

B. et B.-L. considèrent donc que, dans la grande majorité des cas, l'hypotension est compatible avec un parfait état de santé. Nous n'avons, pour la déclarer pathologique, que la comparaison avec les chiffres de tension considérés comme normaux. « Dans l'ignorance où nous sommes des facteurs déterminants de la pression artérielle, avons-nous bien le droit d'affirmer pathologique un état caractérisé uniquement par les modifications de cette pression ? »

Si l'hypertension paraît pathologique, l'hypotension étant observée dans la majorité des cas, chez des sujets qui ne présentent aucun trouble, il est difficile de la considérer comme pathologique lorsqu'elle est isolée.

ROBERT CLÉMENT.

P. Delmas-Marsalet. ***La maladie osseuse de Paget serait-elle une maladie par carence?*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CVII, n° 31, 30 Novembre 1930). — D.-M. publie une observation très intéressante de maladie de Paget, survenue à l'âge de 58 ans. caractérisée par une augmentation considérable du volume du crâne, l'asymétrie des pariétaux, le prognathisme inférieur, la cyphose, la courbure symétrique des fémurs, l'élargissement diaphysaire des tibias.

Cette affection, datant de 2 ans, a été remarquablement améliorée au point qu'on peut parler de guérison, par l'administration quotidienne, buccale, de 3 milligr. 5 d'ergostérol irradié, pendant 3 mois, associée à 2 séries de 30 injections consécutives de 1 gr. de gluconate de calcium. 15 jours après le début du traitement, on notait une diminution des douleurs, des crampes, des phénomènes de doigts blancs. Après 3 mois de traitement, la comparaison des radiographies montre des modifications osseuses notables : la table interne de l'os s'est reconstituée dans toute son étendue, sa limite est parfaitement nette; l'épaisseur des os du crâne s'est régularisée; l'aspect truffé dû à l'alternance des zones densifiées et des zones raréfiées a disparu, etc...

Cet athéromateux aux artères calcifiées a très bien toléré la médication. Il faut noter cependant une hypercalcification de la faux du cerveau qui a fait suspendre le traitement.

L'intérêt pathogénique de cette observation n'est pas douteux. Des analyses concordantes d'os de maladie de Paget montrent l'abaissement de leur teneur relative en chaux, magnésie et phosphore. Le malade observé avait perdu toutes ses dents. D.-M. pense qu'il est légitime d'attribuer la maladie de Paget à « un processus fondamental de décalcification ». Le dosage du calcium sanguin n'a pu être pratiqué. La remarquable amélioration obtenue par ce traitement, tout à fait comparable à celle réalisée auparavant dans un cas d'ostéo-fibrose kystique de Recklinghausen, et cela en dehors de toute autre thérapeutique, pose le problème des rapports possibles entre la maladie de Paget et les parathyroïdes. Le résultat obtenu l'a été en traitant la maladie osseuse de Paget « comme si elle relevait d'une carence calcique et d'une avitaminose D ». En l'absence de tumeur des parathyroïdes, on peut se demander si la maladie osseuse de Paget ne serait pas une maladie par carence. ROBERT CLÉMENT.

MAROC MÉDICAL (Casablanca)

Vendeuvre. ***L'amibiase extra-intestinale : quelques déterminations rares*** (*Maroc médical*, n° 105, 15 Mars 1931). — L'amibiase est considérée à l'heure actuelle comme une maladie infectieuse, causée par un protozoaire, l'*Entamœba dysenteriæ*. Cette affection, qui débute ordinairement par un épisode intestinal aigu, le syndrome dysentérique, la dysenterie amibienne, ne tarde pas à présenter tous les caractères d'une maladie générale aux manifestations multiples. Pénétrant dans la circulation portale à partir des ulcérations intestinales, l'amibe peut s'arrêter dans le foie et y coloniser, ou poursuivre plus loin sa route, par la veine cave inférieure, le cœur droit, l'artère pulmonaire et, lancé dans la circulation générale, aller créer des lésions à distance en tous les points de l'organisme: poumon, cerveau, rate, os, muscles, peau, etc. Ce sont ces lésions à distance que V. étudie dans le présent article.

Amibiase pulmonaire. — L'infestation du poumon par l'amibe peut se faire par continuité (rupture d'un abcès du foie à travers le diaphragme, dans le poumon) ou par contiguïté (par propagation lymphatique ou sanguine: les abcès hépatique et pulmonaire voisins sont réunis par des lésions inflammatoires du foie, du diaphragme, de la plèvre et du poumon). Mais il existe aussi des cas d'amibiase pulmonaire pure sans abcès du foie: dans ces cas, l'amibe provenant du gros intestin a brûlé l'étape hépatique. Les traits essentiels de cette amibiase pulmonaire pure sont les suivants:

Le début est brusque, l'état dysentérique antérieur a pu passer inaperçu ou sembler éteint depuis longtemps. Parmi les symptômes généraux, le premier est la fièvre, précédée de frissons, à grandes ou moyennes oscillations. Puis, très rapidement apparaissent le point de côté, la toux, la dyspnée, l'expectoration: expectoration abondante, toujours hémoptoïque, pouvant être purulente. Ces hémoptysies incessantes constituent un des signes cardinaux de l'amibiase pulmonaire.

Les signes physiques, stéthacoustiques, sont généralement localisés à la base du poumon droit: l'abcès amibien du poumon peut siéger également à gauche, localisation rare. On a, à l'auscultation, l'impression d'une zone de condensation pulmonaire avec un ou plusieurs foyers de ramollissement. La radioscopie montre une image assez étendue, ronde, le plus souvent, avec l'aspect caractéristique d'une poche hydro-aérique dont le niveau liquide reste horizontal.

L'examen des crachats à l'état frais peut révéler la présence d'amibes à forme végétative, mais il faut savoir que cette constatation est rare.

Le diagnostic différentiel sera à faire surtout avec la tuberculose pulmonaire, la bronchite sanglante de Castellani, avec l'abcès du foie s'ouvrant dans les bronches par une vomique terminale. En cas de doute, et surtout en l'absence d'amibes dans les crachats, la certitude de l'amibiase peut être apportée par l'épreuve de l'émétine qui, après quelques injections, aura raison de l'évolution de l'abcès pulmonaire, comme de l'abcès hépatique de même nature.

Amibiase cérébrale. — L'abcès cérébral amibien n'a été rencontré jusqu'à ce jour que sur des sujets atteints d'hépatite suppurée consécutive elle-même à une dysenterie amibienne. Il serait moins rare qu'on ne le dit: Kartulis, en quelques années, en a noté 13 sur 380 cas d'abcès du foie.

L'abcès cérébral d'origine amibienne est le plus souvent unique et de volume réduit. Il n'a pas de siège d'élection. Il est à remarquer qu'en règle générale, la cavité méningée reste indemne.

La symptomatologie est celle de l'abcès du cerveau ordinaire, avec ses signes cliniques habituels et ses symptômes en foyer. L'hypertension intracranienne est à peine marquée.

L'évolution est rapide et fut presque toujours fatale: la mort survient au dixième jour le plus souvent.

Le diagnostic est facile. La céphalée, avec ses caractères si particuliers d'intensité et de ténacité, ne peut guère être, chez un sujet déjà atteint d'abcès dysentérique du foie, que le signe d'une complication cérébrale. Les signes cérébraux qui se montrent dans les jours suivants ne font que confirmer le diagnostic.

L'abcès cérébral amibien, comme tout autre abcès cérébral, doit être ouvert et drainé. Le traitement par l'émétine est-il susceptible d'améliorer le pronostic presque toujours fatal de cette redoutable localisation? Très probablement. Mais il faudra s'attacher surtout à traiter d'une manière précoce, intensive et continue les sujets atteints d'amibiase hépatique, d'hépatite suppurée particulièrement, puisque l'amibiase cérébrale n'est en principe que le dernier acte, le plus tragique, d'un drame hépatique qui a duré généralement plusieurs mois.

Amibiase cutanée. — Cette « colonisation » très rare de l'amibe dysentérique se traduit par des ulcérations cutanées chroniques, qui résistent aux thérapeutiques usuelles, pour guérir très rapidement lorsque leur nature a été précisée et que le traitement spécifique leur a été appliqué.

La rareté de la localisation cutanée de l'amibiase s'explique par ce fait que l'amibe rencontre dans les couches épidermiques intactes, comme dans la solide armature de la membrane conjonctive, une résistance difficile à vaincre. Mais, si l'état général du sujet est déficient, si ses défenses naturelles sont diminuées par une lésion organique grave, telle que l'abcès dysentérique du foie, la peau, perdant sa résistance normale, permettra alors cette colonisation secondaire qu'est l'amibiase cutanée.

Abcès amibiens de la rate. — Parmi les localisations extra-intestinales de l'amibiase, on a coutume de signaler les abcès amibiens de la rate. L'auteur n'a pas en vue dans ce chapitre les migrations spléniques de l'hépatite suppurée, mais l'abcès amibien primitif de la rate faisant suite cependant à une amibiase intestinale chronique.

Il faut admettre, pour expliquer cette colonisation extrêmement rare de l'amibe (on n'en cite que 4 cas), la voie sanguine, l'amibémie qui, à l'heure actuelle, n'est plus discutée.

Abcès sous-périostés et abcès intra-musculaires d'origine amibienne. — Citons enfin, parmi les manifestations rares, extra-intestinales, de l'amibiase, les abcès sous-périostés et intra-musculaires.

On observe les abcès sous-périostés, en général,

pendant la période d'activité d'une autre lésion amibienne, intestinale ou hépatique, le plus souvent au cours des manifestations aiguës de la dysenterie amibienne. Ces abcès siègent ordinairement aux membres inférieurs, au niveau des tibias. Ils sont très douloureux. Localement, on note de l'empâtement diffus de la région avec œdème et rougeur de la peau. L'intervention chirurgicale montre le périoste décollé sur une certaine étendue, renfermant une collection hématique où le microscope décèle des polynucléaires, des amibes et aussi parfois des microbes associés. Pour parfaire l'acte opératoire, on instituera la médication émétinienne.

Lacaze (du Val-de-Grâce) a publié deux observations de collections intra-musculaires de nature amibienne. Dans la première, il s'agit d'un tirailleur indigène qui présenta à Fez un abcès de la grosseur d'une petite mandarine situé dans le muscle grand droit gauche, au niveau de l'ombilic; l'examen microscopique montra les amibes vivantes dans le pus. Dans la deuxième, recueillie en Macédoine, l'abcès siégeait dans le muscle grand fessier droit et le pus contenait des amibes dysentériques; l'incision et le traitement émétinien amenèrent une rapide guérison.

La *Thèse* de Bertrand renferme une 3[e] observation d'amibiase musculaire : un sujet présente une tuméfaction douloureuse de la face antéro-interne de la cuisse droite, sans réaction ganglionnaire, ni lymphangite, ni œdème; l'incision ne donne pas de pus, mais une sérosité hématique très peu abondante; pas de germes à l'ensemencement, rares polynucléaires, mais on note à l'état frais des amibes vivantes. L'émétine est prescrite. Et dans les antécédents, on retrouve, au cours d'un séjour en Macédoine, une entérite aiguë.

Ajoutons que, quelques mois auparavant, on avait constaté chez ce malade une tuméfaction douloureuse de la parotide gauche, sans phénomènes inflammatoires nets, qui motiva une intervention chirurgicale: l'incision ne donna issue qu'à de la sérosité louche hématique.

Ce pseudo-phlegmon parotidien devait être une localisation secondaire de l'amibiase à point de départ intestinal. Chantemesse et Rodriguez avaient déjà signalé cette *détermination parotidienne de l'amibiase.*

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

S. Zisa. ***Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de la néphrose lipoïdique*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, t. IX, fasc. I, Juin 1930). — Z. rapporte un cas de néphrose lipoïdique typique à tous les points de vue. Le malade étant mort d'une péritonite intercurrente, on put faire l'autopsie qui montra, en plus des lésions rénales dégénératives, l'existence d'une thrombose des veines iliaques et des deux veines rénales. En effet, le malade avait présenté, avant l'apparition des signes de néphrose, un état fébrile et des œdèmes des membres inférieurs, sans doute explicables par ce processus thrombophlébitique.

L'observation de Z. apporte donc un argument en faveur de l'origine rénale primitive du syndrome néphrose lipoïdique. Cela n'exclut pas l'intervention possible d'autres facteurs extra-rénaux expliquant les troubles si spéciaux du métabolisme qui caractérisent la néphrose lipoïdique. Parmi les causes rénales de cette maladie, on doit placer le trouble persistant de la circulation veineuse du rein sur lequel personne n'avait attiré jusqu'ici l'attention et dont l'importance est évidente dans le cas de Z. Un tel trouble, allié à une infection, peut donc créer une lésion rénale de type exclusivement dégénératif sans aucune réaction inflammatoire des glomérules.

F. Coste.

M. Zappacosta. ***Contribution expérimentale et clinique à l'étude de la pathogénie de l'hypertension artérielle*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, t. IX, fasc. I, Juin 1930). — Z., qui, dans ses précédents travaux, avait mis en évidence une augmentation de la créatininémie chez les sujets atteints d'hypertension solitaire sans lésions rénales (hypertonie), a dosé également la créatine chez 15 malades présentant de l'hypertonie: il a trouvé une valeur moyenne de 9 milligr. 2 pour 100 cmc de sang, nettement supérieure au chiffre trouvé chez les sujets normaux par divers auteurs.

Il suppose que l'augmentation de la créatine et de la créatinine traduit un processus de désintoxication : ces substances proviendraient de la décomposition par l'organisme de bases guanidiques présentes en excès et douées d'une action hypertensive. En effet, en injectant à 10 chiens du carbonate de guanidine (O gr. 10 par kg.) par voie veineuse, Z. a obtenu dans tous les cas de l'hypertension et un accroissement de la créatine et de la créatinine dans le sang: le taux de ces substances subissait une élévation très marquée et progressive qui se poursuivait jusqu'à cinq heures après l'injection.

Z. élimine l'hypothèse que l'augmentation des corps créatiniques puisse être imputée à l'hypertension et aux autres réactions d'ordre vaso-sympathique déterminées par l'intoxication guanidique; en effet, l'injection d'hormones ou de substances hypertensives à 7 autres chiens n'a pas donné lieu aux mêmes variations du taux sanguin de la créatine et de la créatinine.

L'expérimentation lui a permis aussi d'éliminer l'intervention du foie dans la production de l'hypercréatinémie: une lésion de cet organe est d'autant moins probablement en cause que la transformation de la guanidine en corps créatiniques constitue à l'état normal une de ses fonctions. L'hypothèse chimique de Z. sur cette transformation s'accorde avec celle de Knoop (qui fait dériver la créatine du noyau guanidique de l'arginine) et avec celle de Jaffé et Paton qui considèrent qu'une partie de la créatinine qui se produit dans l'organisme résulte d'un processus de désintoxication aux dépens de la guanidine.

F. Coste.

E. Greppi et **E. Buccianti.** ***Les modifications de la masse sanguine circulante dans les cardiopathies chroniques*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, t. IX, fasc. I, Juin 1930). — Par la méthode de l'injection intraveineuse de rouge Congo, précédemment étudiée par eux, G. et B. ont mesuré les variations volumétriques du plasma circulant et du sang total chez 38 sujets atteints de maladie chronique du cœur.

Ils ont constaté un phénomène principal: la diminution fréquente du volume total du sang — et cela aux dépens des globules (hypoglobulie), aboutissant à un état d'anémie véritable et due vraisemblablement à un double mécanisme: hypoformatif et hyperhémolytique.

En répétant leurs recherches aux stades évolutifs successifs des cardiopathies, ils ont trouvé, dans les périodes de décompensation, une augmentation du volume total du sang due très probablement à la mobilisation des réserves viscérales, et, dans les périodes de compensation, une diminution du volume sanguin portant surtout sur les globules. Il est beaucoup plus rare d'observer le phénomène inverse, et cela est dû alors au plasma dont l'augmentation en période compensée vient accroître la masse totale du sang.

Pour expliquer ces phénomènes, G. et B. font intervenir des facteurs d'ordre métabolique intéressant l'équilibre globulaire (hémopoïèse et hémolyse) et des facteurs d'ordre dynamique intéressant la distribution de la masse globulaire dans les divers organes et la mobilisation des réserves globulaires.

Ils repoussent la vieille expression d'« hydrémie » ou « œdème de sang » car ils ont pu constater que, même en cas d'augmentation de la partie liquide de ce dernier, il s'agit toujours d'une pléthore plasmatique vraie, d'une hyperplasmie. Ce dernier phénomène n'a été trouvé par eux qu'exclusivement, ou presque, chez les aortiques d'une part, et, d'autre part, dans les cas de cardiopathies chroniques compliquées de suffusions diverses dans les séreuses. On doit donc penser que des facteurs constitutionnels ou tout au moins étrangers à la simple décompensation interviennent pour expliquer la pléthore plasmatique.

F. Coste.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA e SIFILOLOGIA (Milan)

Artom. ***Mycétome actinomycosique du pied*** (*Gionale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, tome LXXI, n° 5, Octobre 1930). — A. rapporte l'observation d'une lésion du pied droit observée chez une jeune fille de 19 ans et ayant tous les caractères cliniques du pied de Madura.

La radiographie montra que les lésions étaient limitées aux parties molles sans altération du squelette.

Les recherches parasitologiques, la sporo-agglutination et les cultures montrèrent que l'agent causal était l'*Actinomyces bovis*. Les cultures furent obtenues très facilement sur tous les milieux habituels. Des inoculations à l'animal furent pratiquées chez le lapin, par injection dans la jugulaire, et chez le cobaye, par inoculation dans le derme: on obtint dans les deux cas des nodules cutanés ramollis contenant des filaments mycéliens et des massues.

La malade fut soumise au traitement ioduré par la bouche, qui ne donna pas au début les résultats attendus, mais, après un curettage, l'iodure amena une amélioration rapide et finalement la guérison des lésions.

R. Burnier.

LA RIFORMA MEDICA (Naples)

G. Medulla. ***Sur quelques cas d'un syndrome clinique rattachable à la fièvre boutonneuse de Tunisie observé en Cyrénaïque*** (*La Riforma medica*, tome XLVI, n° 19, 12 Mai 1930). — On rencontre dans cette région des cas fréquents d'une maladie éruptive non épidémique, non contagieuse, qui n'existe que d'Avril à Octobre, et que les faits cliniques (type de la courbe thermique, éruption cutanée, résultat négatif des hémocultures, mais parfois positifs de la réaction de Weil-Félix, bénignité évolutive, etc.) permettent de rattacher à la fièvre boutonneuse de Tunisie. M. a recueilli 21 observations provenant des villes de Bengazi, de Tobruch et de Barce. Il discute le diagnostic différentiel avec le typhus exanthématique, la maladie de Brill, la fièvre pourprée des Montagnes Rocheuses, la fièvre fluviale du Japon, la dengue. Il rejette, à l'exemple des auteurs tunisiens ou français, le rôle du pou dans la dissémination de la maladie et incrimine par contre une des tiques qu'on trouve en Cyrénaïque: *ixodes ricinus*, *hyalomma*, *argas persicus*, *rhipicephalus sanguineus*.

F. Coste.

F. Bellelli. ***Le comportement du calcium et du phosphore chez les sujets atteints de fracture*** (*La Riforma medica*, tome XLVI, n° 24, 16 Juin 1930). — Ces corps ont été dosés à plusieurs reprises pendant 30 à 35 jours à dater de la fracture. Pour le premier, on s'est servi de la méthode de Kramer et Tisdall; pour le second, de la méthode

de Briggs. B. arrive aux conclusions suivantes:

1° Dans l'état actuel de nos connaissances, l'étude de la courbe calcémique de ces sujets a une valeur relative et dépend dans une certaine mesure de celles du phosphore et des autres sels minéraux.

2° Dans les premiers jours qui suivent la fracture, le calcium est diminué dans 90 pour 100 des cas (de 2 milligr. à 2 milligr. 50 par rapport au chiffre normal qui est de 100 milligr. pour 100).

3° Le produit du chiffre exprimant le taux du calcium par celui du phosphore s'élève entre le 8e et le 16e jour, largement au-dessus de 60 chez les sujets jeunes; il est légèrement supérieur à 60 chez les adultes entre le 17e et le 20e jour; il atteint rarement 60 chez les sujets qui ont dépassé la soixantaine, et il faut attendre pour cela jusqu'aux environs du 30e jour.

4° Le moment où ce chiffre limite de 60 est atteint coïncide avec celui de la guérison clinique de la fracture.

F. Coste.

U. Santomauro. ***Recherches sur le phénomène de la leucopédèse gastrique*** (*La Riforma medica*, tome XLVI, n° 33, 18 Août 1930). — Chez le chien, le phénomène de la leucopédèse gastrique, recherché par la méthode histologique, sur les coupes d'estomac de l'animal sacrifié, se montre d'une intensité très variable selon diverses conditions. Durant les différentes périodes de la digestion de la viande, le nombre de leucocytes qu'on trouve en train de traverser la muqueuse est inférieur à celui qu'on relève dans le jeûne. D'autre part, des conditions expérimentales, telles que logiquement elles doivent correspondre à une irritation plus ou moins marquée de la muqueuse, donnent à la leucopédèse des valeurs supérieures à celles qu'elle atteint au cours de la digestion ou du jeûne.

La leucopédèse paraît sous la dépendance, non point de la fonction digestive spécifique de la muqueuse de l'estomac, mais bien de phénomènes de défense s'exerçant au niveau de cette muqueuse.

Les leucocytes qui la traversent par diapédèse sont en majorité, sinon exclusivement, des polynucléaires.

Le phénomène de la leucopédèse gastrique est vraisemblablement une manifestation particulière d'une réaction plus générale qui peut se retrouver au niveau de nombreuses autres muqueuses.

G. Penneti. ***La composition de la bile selon le régime alimentaire*** (*La Riforma medica*, an XLVI, n° 43, 27 Octobre 1930). — P. a étudié expérimentalement, dans un cas de fistule biliaire chez l'homme, la composition de la bile. En faisant varier l'alimentation du sujet, il put constater, après d'autres auteurs, qu'un régime riche en lipoïdes augmente la cholestérinémie mais laisse inchangé le taux de la cholestérinocholie. Ce résultat infirme l'hypothèse de Chauffard sur la pathogénie de la lithiase biliaire; contrairement à cette hypothèse, il n'y a pas liaison entre l'hypercholestérinémie et l'hypercholestérinocholie qui provoque la précipitation des calculs dans la vésicule.

Par contre, P. a constaté qu'une alimentation riche en protéiques provoque une notable hypercholistérinocholie.

F. Coste.

M. Lucacer. ***Sur la sensibilisation de la peau humaine à la phénylhydrazine*** (*La Riforma medica*, tome XLVI, n° 48, 1er Décembre 1930). — De même que dans les observations de Whright et Joyner, de Hall, et dans les expériences de Jadassohn, L. a réussi, à l'aide de nombreuses applications journalières de phénylhydrazine pure, à sensibiliser la peau à une solution alcoolique au 1/10e de cette substance. Cette sensibilisation est locale (au niveau des zones cutanées préparées par des badigeonnages antérieurs) et générale; elle peut être transmise facilement.

Etant donné la rareté des cas de sensibilisation spontanée de la peau à la phénylhydrazine, L. explique la positivité de ses résultats par la diversité des échantillons de ce produit et à la différence de leurs réactions. Celle-ci est acide en cas de phénylhydrazine impure, elle était alcaline dans ses expériences; cette dernière réaction rend l'agent pharmaceutique plus irritant et favorise sa pénétration dans les couches profondes de l'épiderme.

F. Coste.

A. Tarsitano. ***Réaction hypoglycémique dans la cirrhose du foie*** (*La Riforma medica*, an XLVI, n° 49, 8 Décembre 1930). — T. décrit un comportement particulier de la glycémie après injection de 1 milligr. d'adrénaline, observé par lui chez 5 sujets atteints de cirrhose de Laennec et qu'il croit n'avoir pas été décrit jusqu'à ce jour. Au lieu d'augmenter sous l'effet de l'adrénaline, la glycémie à jeun s'abaisse chez eux. La variation provoquée est d'amplitude variable : tantôt la glycémie peut, au bout de 3 heures, avoir rejoint son taux initial, tantôt l'abaissement se prolonge au delà de ce délai. Ce phénomène paradoxal peut dépendre, pour une part, de l'affluence de glycogénolyse hépatique sous l'effet de l'adrénaline (épuisement de la réserve glycogénique du foie), pour une part aussi d'une hyperinsulinémie provoquée par l'excitation adrénalinique.

F. Coste.

IL POLICLINICO (Sezione pratica) (Rome)

D. Ceccarelli. ***Le traitement par l'insuline des états d'amaigrissement consécutifs à la cholécystite calculeuse*** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], an XXXVII, n° 46, 17 Novembre 1930). — L'action eutrophique de l'insuline a été expliquée de diverses manières. On invoque: son influence sur les fonctions digestives (elle agirait sur le pneumogastrique un peu à la manière de la pilocarpine, activerait la sécrétion gastrique, et accélérerait l'absorption intestinale), la rétention aqueuse dans les tissus, l'augmentation de la capacité tissulaire de fixer les hydrocarbonés, l'alcalose provoquée par l'insuline et qui serait la cause de la rétention aqueuse et du turgor tissulaire, etc.

C. rapporte l'observation d'un jeune étudiant de 18 ans atteint d'une cholécystite probablement calculeuse qui avait provoqué un amaigrissement impressionnant. Celui-ci ne s'expliquait ni par une tuberculose concomitante ni par un diabète associé. On pensa à l'existence d'une pancréatite chronique dont d'ailleurs il n'existait aucun symptôme clinique ni biologique.

Sous l'influence de l'insuline, donnée à petites doses (20 unités par jour), il se produisit un changement radical dans l'état de ce sujet qui avait perdu 20 kilogr. et qui, en 2 mois, en reprit 17 kilogr. 800, tous les symptômes généraux qu'il avait présentés s'améliorant parallèlement.

En pareil cas, la cure insulinique paraît donc devoir être conseillée.

F. Coste.

P. Timpano. ***Un cas de kala-azar guéri par la splénectomie*** (*Il Policlinico* [*Sezione pratica*], an XXXVII, n° 47, 24 Novembre 1930). — Observation d'un enfant de 5 ans présentant le tableau typique du kala-azar: fièvre, anémie, très grosse rate, hypopolynucléose (38 pour 100), 5.400 globules blancs. Le suc splénique retiré par la ponction contenait de nombreuses leishmania. Le traitement stibié ne donnant aucun résultat, on pratiqua la splénectomie qui fut très bien supportée et amena une guérison rapide. Le traitement chirurgical est donc susceptible de donner des succès dans la leishmaniose, mais, bien entendu, il ne devrait être utilisé qu'en cas d'insuccès des cures médicales et particulièrement l'antimoine.

F. Coste.

CLUJUL MÉDICAL (Cluj, Roumanie)

C. Stanca. ***Contribution à l'étude des homo- et hétérogreffes ovariennes*** (*Clujul medical*, an XII, n° 3, 1er Mars 1931). — S. a pratiqué, pendant ces deux dernières années, dans le Servoce de gynécologie à l'hôpital des femmes de Cluj, 69 transplantations de l'ovaire: 1 homo et 68 autogreffes. De ces 69 greffes une seule n'a pas réussi : l'ovaire transplanté s'est nécrosé et s'est éliminé, probablement à cause de son voisinage immédiat avec un tampon de Mikulicz. Ces greffes ont été pratiquées dans des cas d'annexectomie bilatérale, l'utérus étant conservé (proc. Beuttner), dans des cas d'hystérectomie totale ou subtotale, quand les femmes étaient jeunes encore.

Les résultats ne sont pas toujours pareils. Chez certaines femmes à qui on laissa l'utérus, la menstruation reparut de nouveau entre le 1er et le 6e mois. Jusqu'à la réapparition des premières règles ces femmes ont souffert de troubles climatériques. Dans les cas d'hystérectomie, ces phénomènes ont duré de 2 à 6 mois, sans disparaître tout à fait au bout de ce temps. Ainsi, le temps de latence jusqu'à apparition de la fonction endocrine est très varié. Les règles sont plus abondantes après ces transplantations de l'ovaire et souvent assez irrégulières. Les femmes sont en général satisfaites des résultats postopératoires. Dans un cas de neurasthénie grave après castration opératoire chez une femme de 45 ans, l'homotransplantation a donné un résultat excellent, la femme étant redevenue psychiquement normale.

Le temps d'observation étant encore trop court, on ne peut pas tirer des conclusions définitives, mais il paraît d'ores et déjà que l'ovaire transplanté n'a pas une vitalité de longue durée et qu'il ne peut pas assurer une fonction endocrine équilibrée pendant tout le temps que vit le tissu transplanté.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

F. S. Hansman (Sydney). ***Administration de vitamines D dans l'insuffisance parathyroïdienne suivant la thyroïdectomie*** (*The Medical Journal of Australia*, 17e année, tome II, n° 25, 20 Décembre 1930). — En se basant sur 6 observations, H. pense qu'un certain nombre de symptômes consécutifs à la thyroïdectomie ou à la radiothérapie exagérée de la glande thyroïde doivent être considérés comme un trouble parathyroïdien. Ce sont, outre la tétanie, des crampes, engourdissements, fourmillements, tressaillements, dépression profonde, irritabilité marquée, boulimie, augmentation considérable de poids, pâleur et fatigue sans cause.

Des expériences de contrôle lui ont permis d'écarter la possibilité d'une étiologie hypothyroïdienne de ces symptômes.

Au contraire, tous ces signes disparaissent après l'administration de doses relativement élevées d'ergostérol irradié dont on sait la remarquable efficacité pour lutter contre les troubles de la spasmophilie, et l'action synergique avec la fonction des glandes parathyroïdes.

Les quelques dosages du calcium dans le sang effectués n'ont pas montré que l'administration d'ergostérol irradié élève le taux du calcium sérique d'une façon appréciable.

Robert Clément.

Le traitement thermo-climatique des douleurs du système neuro-moteur

Les cures thermales et climatiques des douleurs du système neuro-moteur varient avec le genre des douleurs à combattre et suivant les causes, la nature et les localisations de ces douleurs, selon que celles-ci proviennent du système nerveux cérébrospinal, central ou périphérique, ou du système nerveux sympathique.

1° Cures thermales :

Un certain nombre de stations thermales conviennent à toutes les variétés de douleurs. Ce sont des stations dont les eaux ont une influence particulièrement sédative : *Bagnères-de-Bigorre*, dont l'action s'exerce surtout sur les algies fonctionnelles et les névralgies; *Néris*, qui est la station des excités et convient particulièrement aux nerveux agités ou douloureux ; *Lamalou*, la grande station de la douleur, qui combat l'excitabilité, l'irritabilité douloureuse, les myalgies, les algies des nerfs périphériques, les algies des centres nerveux (névraxites, tabes), les algies sympathiques (causalgies) ; *Bourbon-Lancy*, station sédative qui convient aux algies du névraxe, aux algies sympathiques mal délimitées ; *Balaruc*, indiquée surtout dans les affections organiques du système nerveux central et périphérique ; *Bourbon-l'Archambault*, dont les eaux excitent la nutrition et contribuent à la résolution des exsudats plastiques ; *Rennes-les-Bains*, qui convient aux débilités et aux convalescents ; *Saujon*, station à la fois thermale et climatique, dans laquelle le traitement physiothérapique est complété par la cure psycho-thérapique ; *Evaux-les-Bains*, station des neuro-arthritiques ; *Plombières*, dont ressortissent toutes les affections spasmodiques douloureuses, particulièrement celles du tractus gastro-intestinal ; *Ussat-les-Bains*, indiquée surtout lorsqu'il y a lieu de corriger une perturbation fonctionnelle de la cellule nerveuse.

Dans un autre groupe nous citerons les stations qui traitent plus particulièrement les névralgies et les névrites périphériques : *Aix-les-Bains*, indiquée pour combattre les algies «a frigore », les névralgies, les sciatiques ; *Ax-les-Thermes*, qui apaise les névralgies et les névrites ; *Beaucens, Argelès-Gazost, Thuès-les-Bains, La Léchère-les-Bains* qui donnent de si heureux résultats dans le traitement thermal de la sciatique ; *Cauterets* avec sa source du Pré, les *Eaux-Chaudes, Morsbronn, La Motte-les-Bains, Nancy-Thermal, la Roche-Posay, Saint-Didier-les-Bains, Vernet-les-Bains.*

Il y a lieu également de distinguer le groupe important des stations dont l'agent thérapeutique est constitué par des boues : *Barbotan-les-Thermes* particulièrement dans le traitement de toutes les algies des jambes, *Dax, Préchacq-les-Bains, Saint-Amand-les-Eaux.*

Enfin il convient de signaler *Bains-les-Bains* dont les eaux soulagent les douleurs des aortites, des artérites, des angines de poitrine vraies ou fausses et *Royat* qui intervient heureusement dans les troubles du sympathique (palpitations, cœur irritable, états liés à l'hypersympathicotonie.

2° Cures climatiques :

Les climats qui sont indiqués dans le traitement de la douleur sont des climats essentiellement sédatifs :

En premier lieu les climats de plaine et spécialement le climat du Sud-Ouest de la France : *Pau*, dont l'influence sédative a pu être comparée à celle du bromure, *Dax* dont les ressources thermales sont précieuses pour les algiques, *Argelès-Gazost* et *Bagnères-de-Bigorre*, stations de faible altitude dont nous avons d'autre part signalé les indications thermales. L'action bienfaisante de ces climats s'exerce surtout sur les douleurs spasmodiques (tics douloureux, algies des neuro-arthritiques, des choréiques, douleurs viscérales d'origine fonctionnelle, douleurs de certains dyspeptiques nerveux, des entérocolites, des entéralgiques, des cardialgies, accès angineux, toutes les douleurs qui sont sous la dépendance de l'hyperexcitabilité). Sur ces malades qui souffrent et se plaignent de partout, l'action sédative du climat produit l'apaisement de la douleur, favorise le retour du sommeil, contribue à la réduction des dépenses nerveuses.

Les climats marins et les climats de haute altitude sont en général contre-indiqués dans la cure des manifestations douloureuses du système neuro-moteur.

L. Goudard (de Pau).

Apéritifs olfactifs

La physiologie moderne a modifié la façon de prescrire les apéritifs de l'ancienne pharmacopée. Elle montre, en effet, qu'on doit exciter l'appétit, non par l'ingestion d'un médicament dans la cavité gastrique, mais en agissant sur nos organes sensoriels : goût, odorat, vue.

Dans un article précédent, nous avons indiqué qu'on peut exciter l'appétit en agissant exclusivement sur le goût par la dégustation d'un liquide aromatisé, et sans déglutition de ce liquide. On provoque ainsi un suc d'appétit, sans altérer la muqueuse gastrique par l'absorption d'apéritifs généralement alcoolisés.

Dans ce même ordre d'idées, on peut atteindre un but identique, en agissant, non plus sur les nerfs gustatifs, mais sur les nerfs olfactifs :

Soit un sujet à jeun, à qui on fait boire un verre d'eau. Le tubage gastrique immédiat montre que le liquide extrait ne contient pas d'acide chlorhydrique.

Si alors, à ce même sujet, avant l'absorption du verre d'eau, on fait prendre une inhalation aromatisée, on constate, après tubage, dans les mêmes conditions que précédemment, la présence d'acide chlorhydrique de suc d'appétit dans le liquide extrait.

Cette expérience montre donc que l'inhalation aromatisée a déclanché le suc d'appétit, exactement comme dans l'expérience de Pawlow, sur chien muni de fistule gastrique, le passage de morceaux de viande sous le nez de l'animal provoque une sécrétion psychique.

Nous avons répété cette expérience sur différents sujets en utilisant, comme inhalation, des solutions aromatisées avec des essences diverses : menthol, anis, extrait de viande... etc., et nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

On déclanche une sécrétion psychique plus abondante en utilisant comme aromes des produits d'origine alimentaire.

Ceci paraît montrer que la muqueuse olfactive possède une sensibilité qualitative, élective, et qu'elle déclanche plus volontiers le suc d'appétit avec certains aromes, prélude d'un repas savoureux.

Pratiquement nous avons obtenu un suc d'appétit net en utilisant la préparation suivante :

Dans un demi-litre d'eau bouillante, mettre un carré de bouillon Kub, quelques feuilles de céleri et quelques feuilles de thym.

En présence d'une anorexie, faire respirer, 10 *minutes avant le repas, cette solution aromatisée au moyen d'un inhalateur type Nicolay, par exemple.*

Inutile de dire qu'on peut varier cette formule d'inhalation en restant dans la gamme des aromes alimentaires.

On peut également rechercher d'autres moyens d'action sur la muqueuse nasale, depuis le modeste inhalateur que nous préconisons jusqu'au procédé plus poétique que prête Victor-Hugo à don César dans *Ruy Blas* :

« Souvent pauvre, amoureux, n'ayant rien sous la dent,
« J'avise une cuisine, au soupirail ardent,
« D'où la vapeur des mets aux narines me monte
« ....
« Et trompant l'estomac et le cœur tour à tour,
« J'ai l'odeur du festin et l'ombre de l'amour. »

Léon-Meunier

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

L. Alquier. ***La réflexothérapie chiro-électrique*** (*fin*) (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIII, n° 103, 24 Décembre 1930). — La réflexothérapie chiro-électrique s'effectue suivant la technique suivante. Une électrode est confiée au patient, l'opérateur saisit la seconde et ferme le circuit en appliquant la ou les mains au point à traiter.

Il faut un courant bi-polaire. Pour régler l'intensité du courant, le meilleur dispositif est un potentiomètre intercalé sur les fils de distribution. Aucune graduation n'est valable, car le réglage se fait uniquement d'après les sensations que détermine le passage du courant sur le malade. Or, la résistance électrique varie considérablement d'un sujet à l'autre et au cours du traitement d'un moment à l'autre.

Bien réglé, le courant donne au bout des doigts de l'opérateur une sensation de petites secousses ou de vibrations plus rapides qui ne doit jamais être désagréable.

On peut utiliser un seul courant provenant d'un appareil portatif ou fourni par le secondaire d'une bobine alimentée par le secteur ou le courant du secteur réduit à 60 volts à l'aide d'une résistance ou encore des décharges de condensateurs ou des courants à haute tension sous forme d'étincelage avec une électrode condensatrice ou une électrode à vide type Mac Intyre, ou de saturation.

On peut encore se servir d'un dispositif associant un courant induit à celui du secteur, et ces divers courants avec un dispositif rupteur, donnant des interruptions rythmées.

Pour être efficace, l'excitation manuelle doit varier continuellement et suivre, en les dirigeant et en les faisant augmenter ou diminuer à son gré, les réactions nerveuses qu'elle provoque: 2 procédés sont particulièrement indiqués, les excitations chiro-électriques réflexogènes par leurs variations qui s'adressent aux engorgements et aux rétractions et l'effleurage plus ou moins appuyé.

Cette méthode produit une amélioration générale; lorsque la cause est éteinte elle améliore les cicatrices, les péri-viscérites, les rétractions, les syndromes cervico-scapulaires. Au contraire, lorsque la cause est encore en activité, il faut éviter de troubler la consolidation d'une fracture, de réveiller une arthrite ou de réveiller un foyer infectieux mal éteint.

Robert Clément.

PARIS MEDICAL

H. Claude et **H. Baruk.** ***Tuberculose et démence précoce ; les troubles psychiques dans les « phases torpides » et les phases prémonitoires de la tuberculose*** (*Paris Médical*, tome XX, n° 52, 27 Décembre 1930). — On tend de plus en plus à admettre une pathogénie toxique ou toxi-infectieuse de la démence précoce qu'appuient les recherches modernes sur la catatonie expérimentale.

En se basant sur les notions récemment acquises, C. et B. reprennent la question des rapports de la tuberculose et de la démence précoce. Dans 6 observations, ils ont constaté la juxtaposition des 2 affections. Tantôt, il s'agit d'une tuberculose évolutive qui devient ensuite atténuée et torpide, tantôt, d'une tuberculose torpide qui s'aggrave, tantôt, d'une tuberculose qui présente des alternatives de poussées évolutives et de rémissions. Dans toutes ces observations, les troubles mentaux accompagnent les phases de tuberculose torpide; ils font défaut ou s'atténuent durant les phases de tuberculose évolutive.

Leurs recherches de physiologie clinique ont montré à C. et B. que la catalepsie, le négativisme, les stéréotypies et les multiples manifestations de l'automatisme psycho-moteur sont liés à un état spécial d'engourdissement psychique qu'ils désignent sous le nom de sommeil cataleptique. Ce sommeil cataleptique d'où procèdent non seulement les divers troubles psycho-moteurs, mais encore les manifestations d'onirisme et même certaines réactions délirantes, constitue le syndrome capital. Cet état de catalepsie est un des stades de l'intoxication cérébrale progressive, le stade des doses moyennes, ainsi que le montre l'étude de la catatonie expérimentale, par la bulbocapnine. De même en clinique, le syndrome catatonique, lorsqu'il est associé à un état toxi-infectieux, l'est à une toxi-infection lente et torpide. Ceci est vrai pour la tuberculose comme pour la syphilis. A côté de l'action directe du bacille sur le système nerveux, il faut faire une place aux « perturbations cérébrales dynamiques liées à l'intoxication tuberculeuse ».

Les faits cliniques observés permettent de penser que la tuberculose se comporte parfois comme une maladie générale toxique et qu'il existe un certain antagonisme entre cette tuberculose toxique et la tuberculose évolutive.

Ces faits cliniques demanderaient à être corroborés par des recherches biologiques. Chez 10 hébéphréno-catatoniques, la réaction de Vernes a été négative; la réaction de Besredka a donné à Vié des résultats variables.

On peut donc supposer que la tuberculose, notamment dans ses formes torpides et toxiques, joue un rôle dans l'étiologie de certains cas de démence précoce hébéphréno-catatonique, mais l'étiologie de celle-ci est certainement très complexe et il ne faudrait pas conclure de ces travaux que la tuberculose soit toujours en cause.

Robert Clément.

L. Hudelo et **R. Rabut.** ***Les tubercules des trayeurs*** (*Paris Médical*, tome XXI, n° 3, 17 Janvier 1931). — A propos de l'observation d'une femme présentant, à la face palmaire des deux mains, des lésions cutanées qu'elle attribuait au contact, au moment de la traite, avec une vache atteinte de vaccine, H. et R. passent en revue les cas analogues déjà publiés. Les lésions consistaient en « un tubercule des dimensions d'une petite noisette, indolore, hémisphérique, engainé par une couche épidermique demi-cornée laissant apparaître, au centre, une masse rouge ». Autour de cette lésion, très dure, dans laquelle une ponction exploratrice ne décela la présence d'aucun liquide, la peau était normale.

Ces lésions cutanées surviennent chez les trayeurs ayant été en contact avec des vaches présentant des lésions cutanées des mamelles ; elles peuvent siéger en n'importe quel point des mains. Elles apparaissent en général après une incubation de 8 à 10 jours. Il peut exister parfois un premier stade vésiculeux, quelquefois du prurit au début, il n'y a généralement pas d'adénopathie concomitante. Après une durée de trois semaines environ, la lésion cutanée s'aplatit, prenant successivement l'aspect d'une verrue vulgaire, puis d'une verrue plane, pour ne laisser ensuite qu'un épaississement plan de la peau qui finit lui-même par disparaître sans cicatrice.

Dans quelques cas, l'évolution, habituellement non inflammatoire, peut, sous l'influence d'infection secondaire, s'accompagner d'œdème, de lymphangite et même de panaris. Elle peut être aussi suivie de phénomènes infectieux secondaires, à distance, par septicémie ou toxémie.

Le diagnostic est en général facile, lorsqu'on connaît la profession du malade; cependant, les vachers peuvent présenter de nombreuses affections de la peau des mains, des callosités, des papillomes, des botryomycomes, des verrues simples. Il faut songer enfin à la tuberculose verruqueuse et à la gale.

L'étiologie des « tubercules des trayeurs » est encore imprécise. La majorité des auteurs admettent la nature vaccinale de ces lésions. Des expériences, les unes positives, les autres négatives, ne permettent encore d'affirmer l'identité de nature entre le tubercule des trayeurs et la vaccine. La malade de H. et R. avait été vaccinée à l'âge de 2 ans et fut revaccinée sans succès après constatation des lésions.

Si on ne peut encore considérer les « tubercules des trayeurs » comme une simple modalité de la vaccine, on ne peut méconnaître l'importance de la reproduction vaccinale par l'inoculation du tubercule à l'animal, qui, à elle seule, suffit pour affirmer la participation du virus vaccinal dans l'apparition de ces lésions cutanées. On a émis l'hypothèse de l'association d'une infection pyogène et celle d'une réaction allergique chez des sujets sensibilisés par un contact permanent avec du bétail atteint de cow-pox.

Robert Clément.

A. Nanta (Toulouse). ***Les septicémies et les actions à distance des mycoses; leurs réactions biologiques*** (*Paris Médical*, tome XXI, n° 3, 17 Janvier 1931). — Les mycoses vont-elles passer d'une « ère dermatologique à une ère viscérale » ?

Le mode de propagation évident de proche en proche de beaucoup de mycoses a fait considérer longtemps les septicémies mycosiques comme exceptionnelles et appartenant seulement à des espèces très pathogènes. L'hémoculture n'a été trouvée positive que dans un petit nombre de sporotrichoses, blastomycoses, actinomycoses et trichophyceses.

Au cours des septicémies mycosiques, on peut observer des foyers inflammatoires atypiques. Les septicémies graves peuvent provoquer des manifestations en foyers ou à distance. On peut voir certains foyers d'actinomycose, de sporotrichose ou d'aspergillose constituer de volumineuses tumeurs pseudo-sarcomateuses, quasi dépourvues de parasites à un examen superficiel. Dans ces mycétomes, les lésions toxiques se résument à l'hyperplasie conjonctive avec sclérose de types variés.

Au cours de septicémies chroniques, telles que les blastomycoses et les actinomycoses, on peut voir des foyers inflammatoires atypiques au niveau de la rate.

De même, dans les blastomycoses, on trouve des hypertrophies inflammatoires des ganglions.

Dans la méningite à streptothrix, on a pu trouver la dégénérescence graisseuse du foie et des reins en même temps que l'infiltration lipoïdique de la rate et des lésions pulmonaires ou pleurales de type suppuré.

La sclérose blastomycosique, tout comme l'aspergillose pulmonaire scléreuse, se comportent parfois comme la tuberculose pulmonaire la plus banale dans leurs foyers primitifs. Il y a une évolution spontanée de certains de ces foyers de mycoses vers la sclérose des tissus et la mort des parasites.

Au cours des trichophyties, on a observé des exanthèmes et mêmes des faits, plus rares, d'éry-

thèmes noueux avec localisation périarticulaire rhumatoïde.

Au cours des blastomycoses, la règle est d'observer une leucocytose accusée qui n'est pas forcément en rapport avec la formation de foyers suppurés.

Au contraire, les formes splénomégaliques peuvent s'accompagner de leucopénie. L'éosinophilie a été signalée dans 2 cas.

La déviation du complément a été parfois positive avec un antigène alcoolique; la séro-agglutination est parfois positive ainsi que la cuti-réaction, mais ces réactions ne sont pas spécifiques, ce ce sont des réactions de groupes.

Les phénomènes biologiques observés sont assez contradictoires et les cuti-réactions qui ont une certaine valeur pratique ne cadrent pas avec les classifications botaniques et nosologiques; elles ne permettent pas de concevoir l'immunité dans les mycoses comme un phénomène comparable à celle des maladies bactériennes. Les inflammations mycosiques sont de types divers. N. insiste sur l'existence de pseudo-leucémies mycosiques ou même de granulomatoses splénomégaliques et de manifestations cutanées de type eczéma.

Robert Clément.

M. Polonowski et **P. Boulanger**. ***L'ammoniurie test de l'équilibre acido-basique et des affections rénales*** (*Paris Médical*, tome XXI, n° 4, 24 Janvier 1931). — Deux faits paraissent acquis : le rôle du rein dans la production de l'ammoniaque et la participation de cette synthèse au maintien de l'équilibre acido-basique du milieu intérieur. P. et B. cherchent à préciser les modalités de l'élimination ammoniacale au cours des affections du rein et les renseignements que l'on peut en tirer sur l'état fonctionnel de ce dernier.

Ils ont étudié l'élimination ammoniacale dans 3 cas de lésion rénale (2 néphrites, une néphrose lipoïdique); la quantité totale d'ammoniaque éliminée fut très inférieure aux moyennes habituelles : la diminution d'ammoniurie n'était pas sous la dépendance d'une acidose sanguine; elle semble donc être en rapport avec la lésion rénale.

Lorsqu'on s'adresse aux urines séparées des deux reins, l'élimination ammoniacale est toujours diminuée du côté lésé.

Ces recherches mettent en évidence le trouble précoce et prononcé de l'ammoniogénèse dans les affections rénales, trouble d'autant plus intense que les lésions parenchymateuses sont elles-mêmes plus profondes. L'élimination ammoniacale devrait avoir désormais sa place parmi les procédés d'exploration fonctionnelle du rein.

Robert Clément.

REVUE DE MÉDECINE
(Paris)

N. Fiessinger, **L. Michaux** et **M. Herbain**. ***Les troubles nerveux de la grande insuffisance hépatique ; essai clinique et pathogénique ; méningites toxiques et polypeptidorachie*** (*Revue de Médecine*, tome XLVII, n° 10, Décembre 1930). — Les troubles nerveux de la grande insuffisance hépatique ont été surtout étudiés dans l'ictère grave. F. M. et H. rapportent 2 observations d'ictère grave, terminant l'évolution de cirrhose alcoolique, accompagnés d'un syndrome méningé clinique typique, sans réaction cytologique, ni hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. Supposant une méningite toxique, ils ont recherché un trouble du métabolisme des protides. Ils ont étudié le taux des polypeptides et de l'indice de désamination dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

L'indice de désamination s'obtient en calculant le rapport entre l'azote polypeptidique et l'azote total non protéique. C'est en réalité un indice d'insuffisance de clivage. Normalement de 0,10 à 0,18 dans le sang, on le voit s'élever au cours de l'insuffisance rénale qui conditionne des rétentions azotées non électives, mais globales.

Une vingtaine d'observations leur permettent de conclure que les troubles nerveux de la grande insuffisance hépatique en dehors de leurs aspects classiques se manifestent avant tout par des signes méningés, accessoirement et beaucoup plus rarement par de l'épilepsie Bravais-Jacksonienne ou une respiration à type Cheyne-Stokes.

Le liquide céphalo-rachidien normal au point de vue albumine et cellules présente constamment une augmentation notable des polypeptides et le plus souvent une élévation au moins relative de l'indice d'insuffisance de clivage.

La polypeptidorachie n'apparaît proportionnelle ni à l'azote uréique du sang ni à l'urée du liquide céphalo-rachidien, ni à la polypeptidémie, ni au taux de l'azote total non protéique rachidien.

La polypeptidorachie intervient au moins pour une part dans la genèse des états nerveux de la grande insuffisance hépatique. A l'état normal, elle ne dépasse pas quelques milligrammes par litre; elle n'est pas augmentée chez les malades atteints d'insuffisance hépatique grave, avec ou sans hyperpolypeptidémie, mais sans syndrome méningé clinique. Dans certains états méningés, la polypeptidorachie est élevée en dehors de toute insuffisance hépatique ou rénale; l'hyperpolypeptidémie est alors absente ou secondaire.

Dans 3 cas, on a noté une élévation de la polypeptidorachie sans réaction méningée clinique; 2 d'entre eux concernent des insuffisances hépatiques avec participation rénale prédominante.

L'augmentation des polypeptides dans le liquide céphalo-rachidien et particulièrement leur élévation relative par rapport à l'azote total non protéique semblent éclairer le mécanisme de certains états méningés au cours de la grande insuffisance hépatique et pourront éventuellement unir d'un lien pathogénique univoque les méningites étiologiquement disparates des infections et des intoxications.

Robert Clément.

MAROC MÉDICAL
(Casablanca)

M.-J.-R. Delacroix. ***Amibiase et constipation*** (*Maroc Médical*, n° 100, 15 Octobre 1930). — A Chatel-Guyon, D. a pu observer de très nombreux cas d'amibiase intestinale chronique et noter combien sont variables les signes intestinaux et les types coprologiques de l'amibiase intestinale chronique.

Dans 20 pour 100 des cas, il s'agit de diarrhée chronique pure, 2 à 4 selles pâteuses, avec très fréquemment une maladie associée, cholécystite, colibacillose.

Les alternatives de diarrhée et de constipation, de durée égale, constituent la forme la plus fréquente, 50 pour 100 des cas. Parfois, il y a alternative de diarrhée et de constipation, mais avec prédominance de la constipation (20 pour 100). Quelquefois, sur un fonds de constipation permanente, apparaissent 2 ou 3 fois par an, au maximum, des épisodes diarrhéiques. En périodes de constipation, les selles dures et rares sont très souvent recouvertes d'un enduit muqueux brillant, témoignant de la colite concomitante.

Enfin, dans 10 pour 100 des cas, on observe une constipation chronique progressive. Ou bien, dans les antécédents, on relève un syndrome dysentérique aigu et après une période d'alternatives de diarrhée et de constipation, ayant duré quelques mois ou quelques années, s'installe définitivement une constipation permanente, ou bien, on ne retrouve dans le passé qu'une période plus ou moins courte de diarrhée banale, à laquelle a fait suite la constipation chronique. Dans quelques cas enfin, la période primitive de diarrhée manque totalement et « tout se passe comme si la constipation chronique, lentement ou rapidement progressive, avait été la première et unique manifestation de l'amibiase ». 8 observations de cette forme d'amibiase intestinale sont apportées. On peut rattacher à l'amibiase cette constipation en se basant sur l'hépatomégalie, à peu près constante ; l'examen parasitologique des selles (dans 6 cas on a constaté des kystes amibiens); l'épreuve thérapeutique. 5 malades ont eu, par le traitement à l'émétine et au stovarsol associés, ou au stovarsol seul, une amélioration très notable de leur constipation se maintenant 2 à 4 mois.

Suivant la date d'ancienneté de l'affection, la constipation représente la séquelle cicatricielle d'une amibiase disparue ou la manifestation actuelle d'une amibiase encore en activité, et relève dans ce dernier cas du traitement spécifique de cette infection.

Robert Clément.

MARSEILLE MÉDICAL

H. Roger et **A. Crémieux**. ***Les hémiplégies par spoliation sanguine abondante*** (*Marseille Médical*, tome LXVII, n° 21, 25 Octobre 1930). — R. et C. apportent 3 observations de troubles nerveux hémiparétiques survenus ou aggravés à la suite d'hémorragies abondantes.

Chez un éthylique ancien hypertendu, une hémiparésie avec contractures et troubles intellectuels est apparue avec un subcoma, à la suite d'une épistaxis récidivante ayant entraîné une anémie à 1.850.000 globules et rétrocéda en quelques semaines. Chez une malade atteinte de syphilis nerveuse, une hémiparésie droite discrète devint complète en quelques heures à la suite d'une métrorragie due à un fibrome à laquelle elle succomba. Un paralytique général sénile, à la période cachectique terminale, vit transformer une hémiparésie légère en une hémiplégie totale à la suite d'une hématémèse abondante mortelle.

Dans la majorité des cas, l'hémiplégie s'installe aussitôt après la spoliation sanguine. Elle est d'emblée à son maximum et souvent totale; elle s'accompagne parfois de troubles intellectuels. Le liquide céphalo-rachidien ne présente pas d'hypertension.

Toutes les hémorragies peuvent être suivies d'hémiplégie; la syphilis se retrouve dans au moins 3 cas sur 5; le plus souvent, il s'agit de sujets âgés, artério-scléreux et hypertendus.

On a pu invoquer, comme mécanisme de ces hémiplégies, la chute brusque de la tension artérielle, un spasme artériel, l'augmentation de la viscosité du sang. Il semble que les hémiplégies par spoliation sanguine ne surviennent que chez des individus à circulation cérébrale déjà déficiente ou à cerveau préalablement touché. La pathogénie n'est pas univoque et plusieurs facteurs peuvent être invoqués chez le même malade.

Il faut éliminer l'hémorragie cérébrale, l'hémiplégie urémique.

Ces notions doivent faire proscrire les saignées trop copieuses chez les hypertendus. Une fois l'hémiplégie constituée, le traitement consistera à relever la tension artérielle, combattre l'anémie à tendance hémorragique, faire cesser le spasme artériel.

Robert Clément.

H. Roger et **Y. Poursines**. ***La méningococcie à forme pseudo-palustre*** (*Marseille Médical*, tome LXVII, n° 21, 25 Octobre 1930). — Une femme âgée de 33 ans est prise subitement d'un état infectieux grave, avec syndrome méningé léger (5

lymphocytes par millimètre cube, 0 gr. 50 d'albumine). La température oscille entre 40° le soir et 37° le matin puis s'atténue mais se maintient entre 37°5 et 38°5 pendant trois mois. A ce moment de grands accès thermiques francs pseudo-palustres s'installent, et, s'accompagnant de phénomènes ostéalgiques et d'une éruption cutanée papuleuse, font faire le diagnostic d'une méningococcie pseudo-palustre. Deux poussées méningées au huitième et au neuvième mois avec méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien cédèrent à la thérapeutique instituée tandis que la septicémie persista pendant un an, pour s'atténuer peu à peu. Les ostéalgies disparurent, mais les maculopapules cutanées continuent à apparaître, faisant douter d'une guérison bien assurée de la maladie.

Tous les traitements employés paraissent n'avoir eu qu'une action très minime sur l'évolution générale, qu'il s'agisse de sérothérapie, de vaccinothérapie, d'endoprotéinothérapie méningococciques, de chimiothérapie. L'abcès de fixation amena une cédation de 4 jours. L'endoprotéine sous-cutanée, un arrêt de quinze jours. Les injections de septicémine et de trypaflavine ne semblent pas avoir eu d'action.

A propos de cette observation, R. et P. donnent un tableau de la forme pseudo-palustre de la méningococcie et exposent les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition et les règles de leur emploi.

Robert Clément.

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

Schrœder-Knud (Copenhague). ***Le traitement par le soufre (Sulfosine) de la paralysie générale et de quelques autres maladies syphilitiques ou non du système nerveux central*** (*Annales médico-psychologiques*, tome LXXXVIII, n° 3, Octobre 1930). — La méthode préconisée par S. est une pyrétothérapie chimique. L'huile soufrée, introduite dans l'organisme par voie intra-musculaire, peut déclancher une réaction fébrile de 40° et plus.

Par des injections répétées, en général 10, il a obtenu des améliorations nettes dans la syphilis nerveuse. 8 tabes présentèrent des rémissions, chez 2 les douleurs lancinantes cessèrent; chez l'un d'eux, une parésie de la vessie fut complètement guérie; dans un autre cas, les crises gastriques ne réapparurent pas; dans un autre, l'ataxie diminua et il y eut même une rémission de l'inertie pupillaire. Chez 6 syphilitiques cérébrospinaux, les progrès furent considérables; une atrophie débutante du nerf optique fut enrayée.

Ce traitement par le soufre est inoffensif. Il ne présente pas les contre-indications de la malariathérapie et on peut l'appliquer dans les cas réfractaires à celle-ci.

Ce traitement combiné avec des cures anti-syphilitiques est surtout actif dans la syphilis nerveuse, mais il a donné des résultats favorables dans le parkinsonisme post-encéphalitique, la sclérose en plaques et la démence précoce.

Robert Clément.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

H. Gounelle et **J. Warter** (Strasbourg). ***De l'influence d'un effort musculaire intense (course) sur l'image blanche du sang périphérique (La leucocytose de mouvement et le rôle de la rate)*** (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, tome XXIII, n° 12, Décembre 1930). — La course provoque une leucocytose intense, mais de faible durée, d'autant plus importante que le sujet est moins entraîné. Par analogie avec la leucocytose post-digestive, G. et W. proposent de la dénommer la « leucocytose de mouvement ».

Cette augmentation des globules blancs porte principalement sur la série mononucléaire (lymphocytes et monocytes). Elle varie de 34 à 80 et même dans un cas 123 pour 100, le chiffre revenant à la normale 20 à 30 minutes après la course.

La rate intervient dans ces modifications sanguines, mais son rôle n'est pas exclusif.

Dans la pratique médicale courante, le prélèvement d'un sang en vue d'une numération et d'une formule leucocytaires ne doit donc être affectué qu'à la suite d'un repos de 20 à 30 minutes.

L. Rivet.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

E. Sergent, Kourilsky et **Poumeau-Delille.** ***Quelques réflexions sur le mode de guérison des abcès du poumon*** (*Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire*, tome V, n° 4, 1930). — Il existe trois modes de guérison possibles d'un abcès pulmonaire.

La guérison spontanée est surtout le fait des abcès à pneumocoques ou à streptocoques qu'il n'est pas rare de voir disparaître à la suite d'une ou plusieurs vomiques. La guérison spontanée des abcès putrides est exceptionnelle en raison d'un bourbillon dont l'élimination spontanée par vomique est rarement réalisé.

La guérison médicale est elle-même aléatoire dans ces cas; l'action favorable de l'émétine en dehors des abcès amibiens est lente et toujours incomplète; c'est une fausse guérison laissant des séquelles plus ou moins latentes qui peuvent rentrer en activité après plusieurs mois, voire même après plusieurs années.

Il ne faut pas attendre plus de 2 mois et 1/2, au maximum, pour intervenir chirurgicalement. L'observation d'un livreur de 37 ans, présentant un abcès putride du lobe inférieur gauche ouvert dans la cavité pleurale, largement ouvert à l'anesthésie locale, et guéri à la suite de cette intervention, vient témoigner en faveur de cette méthode thérapeutique. Ce malade présentait, en outre, un petit abcès du lobe supérieur droit qui guérit spontanément, comme permirent de le constater les radiographies successives.

L'ensemencement des fausses membranes grisâtres et fétides qui tapissaient la plaie opératoire montra de nombreux germes anaérobies; quelques bâtonnets carrés, à Gram positif, rappelaient les germes du type Perfingens. Après des applications du sérum antigangreneux et des irrigations au Dakin, la plaie se cicatrisa en 5 semaines sans fistules bronchiques.

La pneumotomie ne peut convenir qu'aux collections superficielles et récentes; les abcès profonds et anciens ne peuvent être supprimés que par l'exérèse, c'est-à-dire la pneumectomie partielle.

Robert Clément.

ARCHIVES DE L'INSTITUT PASTEUR DE TUNIS

E. Conseil et **P. Durand.** ***La peste pulmonaire de Tunis*** (Décembre 1929-Janvier 1930) ; ***étude clinique, anatomo-pathologique et bactériologique*** (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, tome XIX, n° 3, Septembre 1930). — 65 cas de peste, dont 63 de peste pulmonaire, observés à Tunis, en Décembre 1929 et Janvier 1930, ont permis à D. et C. de préciser quelques points encore discutés de cette affection.

Dans la majorité des cas, l'incubation a été de 3 à 4 jours, variant de 2 à 8 jours.

L'évolution clinique se fait en général en 2 phases: une de début, traduisant la toxi-infection par des symptômes généraux et notamment une fièvre élevée avec frissons, nausées, vomissements et vertiges, qui dure de 12 à 36 heures et une seconde période d'état, caractérisée par des symptômes d'ordre respiratoire qui vont en s'aggravant jusqu'à la mort, survenue dans 61 cas sur 63.

La durée de la maladie a varié de 1 jour, dans 3 cas, à 9 jours. Le plus souvent, elle fut de 3 à 5 jours.

Le diagnostic doit être fait le plus précocement possible, malheureusement, il est très difficile à faire uniquement par les symptômes cliniques.

En pratique, c'est l'examen des crachats (examen direct et inoculation) qui permettra le plus souvent de déceler le bacille de Yersin. L'hémoculture, la ponction pulmonaire, permettront aussi de découvrir l'agent pathogène.

A l'autopsie, on trouve, dans 1/3 des cas, un épanchement pleural, louche plutôt que citrin. Ce qui frappe surtout dans l'aspect des poumons, c'est la coloration violacée par larges plaques et la présence de noyaux plus ou moins étendus d'hépatisation. L'hépatisation est plutôt grise que rouge, la répartition des lésions d'hépatisation est très variable et se fait aussi bien au sommet qu'aux bases. La forme lobulaire et la forme pseudo-lobaire ont paru indépendantes de la durée de la maladie. Autour des lésions d'hépatisation le parenchyme est congestionné et œdémateux.

Des 2 malades guéris, l'un avait reçu 2 injections de 60 cmc de sérum anti-pesteux, à titre prophylactique, avant l'apparition de la maladie, et la sérothérapie sous-cutanée fut poursuivie ensuite. L'autre avait été vacciné par voie respiratoire, les 2 jours précédant l'apparition de l'affection.

Robert Clément.

C. Nicolle, P. Durand et **E. Conseil.** ***Essais de prévention et de traitement de la pneumonie pesteuse par la pulvérisation du vaccin à l'entrée des voies respiratoires*** (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, tome XIX, n° 3. Septembre 1930). — Outre l'isolement des sujets contaminés d'une part et des suspects d'autre part, N., D. et C. ont cherché à prévenir l'éclosion de nouveaux cas parmi les sujets isolés.

Le sérum fut réservé aux cas où il était nécessaire de réaliser une immunité immédiate (personnel médical, infirmiers, parents des malades) et aussi aux traitements.

La vaccination par inoculation sous-cutanée de cultures mortes donne des résultats inconstants, mais pourtant favorables, si l'on répète les inoculations et si la quantité de microbes inoculés est suffisamment élevée. Deux inoculations ont été faites à 6 jours d'intervalles, la première de 2 milliards 1/2, la seconde de 3 milliards de bacilles pesteux tués par la chaleur. Cette méthode a permis d'arrêter plusieurs épidémies du sud et du centre de la régence; elle est, en général, employée contre la peste bubonique. Mais la durée de l'immunité qui suit cette vaccination n'est que de quelques mois. Elle n'a donné que peu de résultats dans la prévention de la forme pulmonaire.

Aussi, dans la grave épidémie de peste pneumonique de Tunis, on a essayé d'introduire le vaccin par une autre voie. Les expériences de Batzaroff ayant montré que la contagion de la pneumonie pesteuse chez l'homme se faisait par les voies respiratoires, N., D. et C. ont essayé des pulvérisations d'une suspension vaccinale à la dose de 3 milliards de corps microbiens pour une séance d'une 1/2 minutes environ. Ces pulvérisations sont faites devant les voies respiratoires et mettent en

contact le vaccin avec les conjonctives, la muqueuse des narines et aussi avec tous les téguments de la face. Les pulvérisations sont faites quotidiennement pendant 8 jours, puis, après un intervalle d'une semaine, on reprend les pulvérisations quotidiennes pendant encore 8 jours.

Cette méthode s'est révélée efficace. 503 sujets isolés ayant reçu le vaccin uniquement par voie sous-cutanée ont donné 6 cas de pneumonie pesteuse avec 5 décès. 353 vaccinés par voies respiratoires (dont 50 avaient reçu précédemment le vaccin par voie sous-cutanée) ont donné 3 pneumonies pesteuses dont une a guéri. Le dernier cas de pneumonie pesteuse a été observé le 20 Janvier pour la première catégorie, le 5 Janvier pour la deuxième.

Sans tirer de conclusions définitives, on peut estimer que l'emploi préventif du vaccin antipesteux, pulvérisé à l'entrée des voies respiratoires, paraît logique et a donné des résultats assez satisfaisants. L'évolution favorable d'un des malades atteints ainsi vacciné permet de penser que cette méthode a également une certaine efficacité pour le traitement de la pneumonie pesteuse déclarée.

Robert Clément.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

G. Vermeylen et **P. Vervaeck.** ***Les formes psychosiques chez les paralytiques généraux malarisés et la notion de démence paralytique*** (*L'Encéphale*, tome XXV, n° 8, Septembre-Octobre 1930). — Dans ce premier article les auteurs nous montrent que si, avant l'établissement de la malariothérapie, on citait quelques cas de paralysies générales à manifestations de psychoses hallucinatoires, de psychoses interprétatives, de psychoses maniaques dépressives, etc., ces types sont devenus de plus en plus fréquents depuis l'emploi, pour ainsi dire systématique, de la malariothérapie.

Ils nous apportent une étude détaillée de ces formes avec observations personnelles à l'appui. Rejetant comme peut-être un peu schématiques les classifications de Leroy et Médakovitch, ils ont rapporté des formes hallucinatoires, des formes interprétatives, des formes maniaco-dépressives. Ils ont insisté les premiers sur les types hypocondriaques, dont le pronostic est en général mauvais, puisqu'il précède souvent un retour offensif de la maladie. Dans tous ces cas, en l'absence des commémoratifs, le fond paralytique passerait aisément inaperçu.

M. Nathan.

G. Vermeylen et **P. Vervaeck.** ***Les formes psychosiques chez les paralytiques généraux malarisés et la notion de démence paralytique*** (2ème partie) (*L'Encéphale*, tome XXV, n° 9, Novembre 1930). — Dans ce second article les auteurs s'attachent à reprendre, à la faveur des modifications obtenues chez les paralytiques malarisés, l'étude de la démence d'une part et d'autre part la pathogénie des formes psychosiques. Il semble bien en effet que les travaux de ces dernières années aient modifié nos idées relatives à la démence en général; la démence parallèle à l'étendue et à la gravité des lésions cérébrales semble moins évidente qu'on ne le croyait autrefois; d'autre part la notion d'inhibition plus ou moins profonde, plus ou moins curable, semble se substituer à celle de la démence définitive et globale; l'étude de la démence précoce et de la schizophrénie a profondément modifié nos idées; nous croyons plutôt, pour employer la terminologie actuelle, à des psycholepsies qu'à des démences véritables. Mais ce ne sont là que des directives, des hypothèses de travail qui n'ont pas encore subi l'épreuve du temps.

Revenant aux formes psychosiques des paralysies malarisées, les auteurs cherchent à concilier leur pathogénie avec les notions anatomiques que nous possédons sur ce point. A coup sûr, malgré l'abondante littérature, il est impossible de réaliser encore cette superposition. Du reste ces formes ne représentent pas toujours, loin de là, des formes de guérison; elles demeurent souvent fort rebelles au traitement, au point que l'on peut dire tout au plus que le malade a échangé son cheval aveugle contre un cheval borgne. Pathogéniquement parlant, il semble que la malariothérapie a introduit la diversité dans l'uniformité en ce sens que la démence paralytique a cédé la place à des psychoses révélant plus exactement l'équation personnelle de chacun, ne disons pas la constitution mentale, terme actuellement encore trop controversé.

Tels sont les principaux enseignements qui découlent de cette magistrale étude dont la contribution suggestive et critique dépasse encore la valeur des importants documents qu'elle nous apporte.

M. Nathan.

REVUE FRANÇAISE D'ENDOCRINOLOGIE
(Paris)

M. Cahane et **F. Cahane.** ***La fonction endocrine des glandes salivaires*** (*Revue Française d'Endocrinologie*, n° 5, Octobre 1930). — C. et C. passent en revue les diverses hypothèses et les divers travaux concernant le problème endocrinien des glandes salivaires et ils arrivent à admettre celles-ci parmi les endocrines en se basant sur les faits suivants: si l'on suit Gley pour n'accorder que sous des conditions bien déterminées le caractère d'endocrine à une glande, l'on constate que pour les glandes salivaires existent les conditions ci-dessous.

1° *Conditions histologiques:* On connaît depuis longtemps la ressemblance des glandes salivaires avec le pancréas. Roger appelle le pancréas la glande salivaire abdominale. Parhon C. I., F. et M. Cahane leur ont supposé une fonction endocrine d'après leur structure histologique normale.

2° *Conditions chimiques:* On n'a isolé que le produit de sécrétion de la glande sous-maxillaire dont le caractère chimique est semblable à l'insuline (Dodds et Dickens, Banting et Best).

3° *Conditions physiologiques:* L'extirpation des glandes entraîne des troubles constants et spécifiques, surtout en ce qui concerne le métabolisme glycémique. L'extirpation des glandes sous-maxillaires détermine une hyperglycémie et une diminution du glycogène hépatique (F. et M. Cahane, S. Utimura).

L'extirpation des glandes parotides détermine une hypoglycémie et une augmentation du glycogène hépatique (S. Utimura).

Les troubles spécifiques réalisés par l'extirpation des glandes peuvent disparaître par la greffe de la glande ou par les injections de ses extraits (Pagliai, Farroni, Urechia, Ciocanelli et Mme Retezeanu).

Ainsi les glandes salivaires ont droit, semble-t-il, au titre d'endocrines et leur rôle est important dans l'organisme.

Marcel Laemmer.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE
(Bruxelles)

Tournade et **Malmejac** (Alger). ***L'inhalation de la fumée de tabac ; étude expérimentale de ses effets toxiques*** (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 5e série, tome X, n° 9, 25 Octobre 1930). — Au chien chloralosé et trachéotomisé, on fait inhaler toute la fumée de cigarette. A l'aide des procédés graphiques, on a recherché quels désordres physio-pathologiques l'inhalation massive de la fumée de tabac engendre dans l'organisme.

Dès le début de l'inhalation, la pression carotidienne subit une forte et brusque chute, le cœur accuse un ralentissement extrême, puis après quelques secondes à quelques minutes, la pression s'élève bien au-dessus de la normale et le cœur s'accélère.

Synchroniquement, aux premières variations de la pression, le rein accuse une vaso-constriction extraordinairement intense durant 5 à 10 minutes; à la montée de la pression sanguine correspond une dilatation passagère.

Grâce à la méthode du rein « irrigué » sous pression constante, on peut observer que la diminution de volume du rein est bien due à une vaso-constriction.

Le rythme respiratoire, dans une première phase, est modifié par des mouvements plus amples et plus rapides, puis s'installe une apnée qui peut être définitive.

La mydriase considérable, plus ou moins durable, parfois accompagnée d'exorbitisme, se produit même si le sympathique cervical a été coupé.

L'intestin se trouve d'emblée inhibé, son tonus se réduit, ses contractions s'affaiblissent et s'annulent; il en est de même pour la vessie.

La sécrétion salivaire est considérablement accrue.

Une hyperglycémie de 25 à 100 pour 100 atteint son maximum en 10 à 15 minutes, puis s'atténue pour disparaître au bout de 3/4 d'heure à 1 heure. On n'a observé qu'exceptionnellement des mouvements convulsifs. Dans 1/5 des cas, le chien succombe à l'intoxication.

La dose mortelle est variable. Tel animal a succombé à l'absorption de la fumée d'une 1/2 cigarette, tel autre a pu inhaler impunément une dose quadruple. Il ne semble pas qu'il y ait d'accoutumance.

Les troubles présentés par les chiens, qui procèdent essentiellement d'une excitation violente du sympathique, sont les mêmes que ceux qu'engendre l'injection intra-veineuse de nicotine.

De ces expériences, on peut tirer la conclusion que l'inhalation de la fumée constitue une pratique incontestablement dangereuse, sauf avec les tabacs dits « dénicotinisés ». En tout cas, on doit interdire de fumer au cardiaque, à l'hypertendu, à l'emphysémateux, au diabétique, au déséquilibré du système nerveux.

Robert Clément.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Hosp. ***Le dermographisme noir*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCI, n° 53, 27 Décembre 1930). — Sous le nom de « dermographisme noir » ou d'« écriture noire de la peau », on a désigné le trait noir que laisse sur certaines peaux la friction de la peau avec un métal (cuivre, argent, aluminium, plomb, zinc, or, etc.).

H. a examiné à ce point de vue 225 cas dont 5 cadavres ; il n'observa la réaction que dans un cas. Il aboutit à cette conclusion que cette réaction ne dépend nullement des lipoïdes cutanés, comme on l'avait soutenu, mais est un processus purement mécanique. Cette réaction ne s'observe que sur des peaux qui ont été frottées avec une poudre dure, telle que l'oxyde de zinc, le sulfate de baryum, le sulfate de calcium, le carbonate de calcium; le trait noir obtenu avec le métal se produit sur la poudre et non sur la peau ; il ne s'agit donc pas de réaction cutanée ni de dermographisme. Seul le plomb peut déterminer un trait noir sans préparation de la peau.

R. Burnier.

Pour vous, Docteur, et pour les vôtres!..



Un petit déjeuner, un goûter, un suraliment parfait, à base de farines de céréales, de lait, de sucre et de cacao



Saison du 20 Mai au 20 Septembre

Altitude : 600 mètres **BRIDES-LES-BAINS** (Savoie) Altitude : 600 mètres

EAUX THERMALES (35°). — Sulfatées sodiques (1 gr. 16) et magnésiennes (0 gr. 50), ferrugineuses et lithinées.
ACTION DES EAUX. — Laxative ou purgative en même temps que tonique, décongestionnante, diurétique et stimulante de la sécrétion biliaire.
INDICATIONS. — Obésité sous toutes ses formes, affections hépatiques et gastro-intestinales, congestion et insuffisance fonctionnelle du foie, atonie gastro-intestinale, entérite, diabète.
TECHNIQUE DE CURE. — Cure de boisson, bains, hydrothérapie, massages, bains de lumière, ergothérapie passive, tables de régimes, gymnastique médicale, cure de terrain.

ÉTABLISSEMENTS THERMAUX ENTIÈREMENT RÉNOVÉS

CENTRE D'ÉTUDES BIOLOGIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Métabolisme basal, toutes analyses et examens bactériologiques

CURE COMBINÉE DE

SALINS-MOUTIERS

EAUX THERMALES (36°). — Chlorurées sodiques (12 gr. 50), ferrugineuses, carbo-gazeuzes et fortement radio-actives.
INDICATIONS. — Débilité infantile, anémies, lymphatisme, affections utérines.
MODES DE TRAITEMENT. — Bains à eau courante, installations spéciales de douches internes.
L'extrême abondance du débit des sources (5.000.000 de litres par jour) et leur température naturelle permettent d'alimenter tous les bains en eau courante, telle qu'elle sort du griffon, contenant intégralement tous les gaz, ses éléments minéraux ionisés et sa radio-activité.

Vaste Piscine en plein air alimentée directement par les Sources Thermales de SALINS

HOTELS DE LUXE ET DE TOUS ORDRES

Casino — Tennis — Golf

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

W.-D. Forbus et **F.-S. Wolf.** ***Amyotonie congénitale (Maladie d'Oppenheim) chez deux jumeaux identiques*** (*Bulletin of Johns Hopkins Hospital*, tome XLVII, n° 6, Décembre 1930). — F. et W. ont eu l'occasion d'étudier, cliniquement et anatomo-pathologiquement, 2 cas d'amyotonie congénitale survenue chez deux jumeaux. La vie entière, aussi bien que l'histoire clinique des deux enfants, fut absolument identique et l'autopsie montra la même uniformité et similitude de lésion au point qu'un unique protocole d'autopsie put être dressé.

Les parents étaient bien portants, mais cousins entre eux ; la conception eut lieu alors que père et mère étaient au début de la quarantaine. Les jumeaux étaient le résultat de la sixième grossesse. Les deux premiers enfants sont vivants et d'intelligence moyenne. Entre temps, il y eut 2 enfants morts en trois semaines et une fausse couche.

Pendant la gestation, la mère eut un érysipèle. L'accouchement fut normal de ces 2 jumelles univitellines. Elles augmentèrent de poids jusqu'à l'âge de 6 mois, tout en restant atoniques, incapables de s'asseoir et même de relever leur tête. A cette époque elles présentèrent toutes les deux une bronchopneumonie, qui les emporta rapidement.

L'aspect clinique et anatomique, identique pour les deux jumelles, est conforme à ce que nous savons de la maladie d'Oppenheim. L'intérêt de ces observations est dans les éléments qu'elles peuvent apporter à la connaissance de l'étiologie encore inconnue de l'amyotonie congénitale.

L'absence de facteurs héréditaires et l'apparition simultanée chez deux jumelles de même sexe suggèrent l'idée que la cause est associée au développement de l'ovule.

Ou bien, au cours de la maturation et de la fertilisation de l'ovule, quelque élément a manqué ou son développement a été troublé.

Ou bien, les lésions ont été produites relativement tard dans la vie des deux embryons, par quelque agent pathogène.

F. et W. pensent que l'explication la meilleure repose sur une altération de l'embryon en cours de développement, localisée spécialement au niveau de la corne antérieure de la substance grise de la moelle. Les lésions des muscles étant secondaires à l'altération des cornes antérieures de la moelle.

ROBERT CLÉMENT.

Arnold Rice Rich. ***La pathogénie des formes d'ictères*** (*Bulletin of Johns Hopkins Hospital*, tome XLVII, n° 6, Décembre 1930). — C'est à un point de vue purement pathogénique que se place R. pour classer les diverses formes d'ictères que l'on peut observer. En se servant des notions acquises sur la physiologie et la physio-pathologie de la formation et de l'excrétion des pigments biliaires, il pense que quelles que soient leur cause et leur modalité clinique, les ictères peuvent, au point de vue pathogénique, être séparés en 2 types principaux.

Le premier type, « ictère par rétention », résulte d'une surproduction de pigments biliaires qui tend à rendre le pouvoir excréteur du foie insuffisant. Une quantité de bilirubine est alors retenue dans les tissus, suffisante pour les colorer en jaune. Cette forme de jaunisse est caractérisée cliniquement par une réaction indirecte de Hijmans van den Bergh, dans le plasma, une augmentation de l'urobiline fécale et de l'urobilinurie. Anatomiquement, les canaux sont libres, mais les cellules hépatiques peuvent présenter de l'atrophie ou un gonflement trouble dépendant de l'affectoin dont l'ictère est un symptôme.

Le second type « ictère par régurgitation » est causé par le reflux de toute la bile des canalicules dans le courant sanguin. Ce type est caractérisé cliniquement par une réaction directe de van den Bergh dans le plasma, une diminution de l'urobiline fécale et la présence de bilirubine et de sels biliaires dans les urines. La base anatomique de cette forme d'ictère est la rupture des canalicules, résultant de l'obstruction des canaux biliaires ou de la nécrose des cellules hépatiques.

On peut observer des formes combinées de ces 2 types d'ictère aussi bien qu'une transition entre eux.

ROBERT CLÉMENT.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Griff et **Itkine.** ***Etiologie des dyshidroses*** (*Acta dermato-venereologica*, Décembre 1939, tome XI, fasc. 6). — Les auteurs ont examiné 90 cas de lésions dyshidrosiques des mains et des pieds ; dans 79 cas (87,7 pour 100), ils ont pu trouver au microscope des filaments mycéliens ; les vésicules et les squames des pieds étaient plus riches en filaments que celles des mains. Dans 30 pour 100 des cas (27 cas sur 90), le champignon put être cultivé ; il s'agissait le plus souvent (25 sur 17 cultures) d'*Epidermophyton* de Kaufmann-Wolf, qui s'apparente au *Tricophyton gypseum*.

L'inoculation aux animaux montra que toutes les souches de champignons n'étaient pas pathogènes pour l'animal. Dans les cas où l'inoculation fut positive, il y eut seulement une desquamation superficielle sans phénomènes inflammatoires. Les squames contenaient des filaments mycéliens.

R. BURNIER.

THE NATIONAL MEDICAL JOURNAL OF CHINA (Pékin)

H.-H. Loucks (Pékin). ***Kyste hydatique. Revue générale et relation de cas provenant de la Chine du Nord*** (*The National Medical Journal of China*, tome XVI, n° 4, Août 1930). — La présence du kyste hydatique en Chine a été mentionnée pour la première fois en 1910, par Uthemann. Cet auteur en avait observé 3 cas : 1 chez un Européen et 2 chez des Chinois. L'année suivante, dans leur ouvrage « Diseases of China » (1911), Jeffreys et Maxwell signalaient 5 nouveaux cas de maladie hydatique, mais ils exprimaient cette réserve que « la question est de savoir si ces cas n'ont pas été importés de l'extérieur ». En 1925, on n'avait encore rencontré, dans toute la Chine, que 11 cas d'échinococcose, dont 8 chez des indigènes et 3 chez des étrangers. Depuis lors, de nouveaux exemples en ont été observés.

Chirurgien de l'hôpital du Peiping (Pékin) Union Medical College (P.U.M.C.), L. a pu relever, dans les rapports de cet établissement, de 1916 à 1930, 16 cas certains de kyste hydatique, parmi lesquels 11 furent opérés. Les 5 autres, dont il donne le résumé, présentaient une évidence clinique suffisante pour justifier le diagnostic, mais les malades refusèrent l'opération.

Dans une revue générale détaillée et remarquablement documentée, L. met au point les données les plus modernes concernant l'échinococcose. Il passe successivement en revue l'histoire naturelle du parasite, la répartition géographique de la maladie hydatique, les caractères cliniques des principales localisations de l'échinococcose, la technique et la valeur des tests biologiques servant au diagnostic, enfin le traitement chirurgical des kystes et la prophylaxie de la maladie.

De cette étude doivent être retenues, plus particulièrement, les données concernant l'étiologie et la distribution de l'échinococcose en Chine.

Le kyste hydatique paraît être endémique dans les régions septentrionales et occidentales de la Chine, contiguës à la Mongolie et à la Sibérie, où la maladie hydatique est connue depuis longtemps. Les conditions « idéales » de la dissémination du parasite existent dans ces régions. On y retrouve, en effet, la coexistence des trois grands facteurs étiologiques habituels de l'échinococcose, savoir : la présence de nombreux troupeaux de moutons (commerce de la laine), une grande quantité de chiens errants, et des conditions d'hygiène déplorables permettant un contact quotidien entre l'homme et le chien.

Dans une ville de l'importance de Pékin, il n'y a pas d'abattoirs, pas d'inspection des viandes et aucun contrôle des chiens. Dès lors, on ne s'étonne plus d'apprendre que, en 1928, Faust ait rapporté un cas d'infestation massive de l'intestin par le ténia échinocoque chez un chien de laboratoire ramassé dans les rues de Pékin. Et pas davantage on n'est surpris de constater que deux des malades opérés par L. étaient des Chinois nés à Pékin et n'ayant jamais quitté la capitale.

C'est dire l'immensité du problème prophylactique qui se pose désormais, maintenant que l'attention a été appelée sur l'existence et la fréquence, jusqu'ici méconnues, du kyste hydatique en Chine. Une enquête médicale devra d'abord préciser l'incidence réelle de la maladie. Quant à la campagne prophylactique à instituer, elle risque d'être longue à donner des résultats, car elle suppose une organisation étendue et effective de l'hygiène publique, encore à l'état rudimentaire dans ce vaste pays.

En terminant, L. donne la relation détaillée des 11 cas opérés à l'hôpital du P.U.M.C., de 1919 à 1929, et il commente brièvement chacun d'eux. Plusieurs sont intéressants. 7 observations concernent des kystes du foie, traités en deux ou en un temps, par marsupialisation ou par réduction sans drainage. Dans le plus récent de ces cas, opéré en Octobre 1929 (obs. 11), L. a pratiqué, à deux reprises chez la même malade, l'occlusion du kyste sans drainage. Le résultat a été bon malgré l'apparition d'une hydropneumatose kystique post-opératoire (Dévé), constatée cliniquement et radiologiquement et qui nécessita 3 ponctions évacuatrices. L'analyse bactériologique du liquide extrait du premier kyste aurait révélé la présence d'un streptothrix actinomycosique (?).

L'opérateur emploie le « formolage préalable », sous la forme d'une injection de 10 à 50 cmc de solution de formol à 10 pour 100 laissée cinq minutes dans la poche vidée de son liquide : technique qui n'est pas sans soulever les réserves du signataire de ces lignes.

A noter également un cas de mort au quatrième jour, par hémorragie intrakystique et intrapéritonéale survenue après décortication partielle de l'adventice (obs. 5).

Deux autres cas avaient trait à une échinococcose péritonéale multiple compliquant un kyste du foie. Une observation concerne un kyste hydatique de l'orbite. Citons enfin une belle observation d'échinococcose osseuse ayant envahi tout un fémur et l'os iliaque correspondant et que l'autopsie devait montrer compliquée de kystes primitifs multiples du foie (6 kystes) et de la rate (3 kystes).

Cet intéressant mémoire se termine par une bibliographie étendue donnant l'indication des travaux les plus récents, tirés surtout des littératures nord-américaine, argentine, australienne et française.

F. DÉVÉ.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

(Varsovie)

K. Wislanski et **J. Hoffmann.** ***L'action du liquide céphalo-rachidien sur l'utérus isolé*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome IX, nº 43, 26 Octobre 1930). — W. et H. s'attachent à l'étude des hormones dans le liquide céphalo-rachidien. Ils étudient en particulier l'action du liquide céphalo-rachidien des femmes enceintes sur l'utérus isolé des cobayes vierges. Cette étude s'étend sur plus de cent cas différents; elle est abondamment illustrée par de nombreux tracés enregistrés à l'aide d'un myographe, représentant les contractions du muscle utérin.

W. et H. constatent que le liquide céphalo-rachidien des femmes enceintes provoque une contraction de l'utérus isolé du cobaye. Les expériences de contrôle faites avec le liquide céphalo-rachidien des femmes atteintes de diverses affections gynécologiques, nerveuses ou spécifiques, indiquent l'absence totale des contractions utérines obtenues dans la précédente série d'expériences.

W. et H. concluent que le liquide céphalo-rachidien des femmes enceintes contient des corps capables de provoquer dans l'utérus isolé d'un cobaye vierge une excitation évidente, se manifestant par des contractions musculaires. Ces substances ont une action analogue à celle qui est exercée par les extraits du lobe postérieur de l'hypophyse et du placenta. Elle n'existe pas chez les femmes dont la grossesse est interrompue dans son développement ou en dehors de la période de gestation, autant chez les femmes normales que dans le cours de divers processus pathologiques.

FRIBOURG-BLANC.

L. E. Bregman. ***Etude sur le nanisme hypophysaire*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome IX, nºs 44 et 45, 9 Novembre 1930). — Dans la première partie de son étude, B. rapporte l'observation d'un jeune garçon âgé de huit ans, à antécédents syphilitiques confirmés, présentant un arrêt de croissance et de développement général et intellectuel remontant à l'âge de 5 ans.

Cet enfant présente un état d'infantilisme marqué, avec des signes manifestes d'insuffisance hypophysaire, se traduisant par la polyphagie, la polydypsie et la polyurie. Le liquide céphalo-rachidien contient 5 lymphocytes par champ. L'enfant a un accès de somnolence pendant 48 heures. Il semble que la lésion hypophysaire s'étende jusqu'au plancher du 4e ventricule.

Dans la deuxième partie de son travail, B. traite la question du nanisme hypophysaire d'étiologie méconnue. Il relate l'observation d'une femme de 34 ans ayant la taille d'une fillette de 12 ans bien proportionnée. Chez cette femme, il s'agissait d'abord de nanisme sans infantilisme et sans signes génitaux (plusieurs grossesses normales). Cependant, à 28 ans, sa vie sexuelle subit un changement complet. Les règles s'arrêtent définitivement, les organes génitaux subissent une régression; les cheveux tombent. Le nanisme devient infantile. A cette époque également ont lieu des troubles hépatiques qualifiés de lithiase biliaire, mais probablement en rapport avec des troubles endocriniens. Ici, l'arrêt de croissance se manifeste à 12 ans. Jusque-là, la croissance était assurée par « l'énergie potentielle des cellules ». A l'âge de la prépuberté, qui n'est pas le même pour tous les sujets, intervient l'action des hormones, du lobe antérieur de l'hypophyse en particulier.

Si cette action est insuffisante, la croissance s'arrête.

La troisième période de l'histoire de la malade est marquée par les signes de dégénérescence adipso-génitale.

La quatrième par de nouveaux signes hypophysaires: polyurie, polydypsie, perte de la vue, hypertension intracranienne.

La radiographie révèle des changements importants dans l'anatomie de la selle turcique.

Cette évolution par étape est intéressante à souligner au point de vue pronostique de l'évolution de la maladie. Il semble qu'entre l'arrêt de croissance et les signes d'une tumeur de l'hypophyse, il peut s'écouler un temps assez long, marqué par des étapes successives. Il est possible qu'un adénome de l'hypophyse, qui, d'après Cushing, se manifeste souvent avant la vingtième année, puisse déterminer beaucoup plus tôt l'arrêt de la croissance.

FRIBOURG-BLANC.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

(Varsovie)

M. Eiger et **E. Czarnecki.** ***Etude sur les néoplasmes expérimentaux; influence du système neuro-végétatif et de l'alimentation sur les néoplasmes expérimentaux; le régime alimentaire envisagé au point de vue social et prophylactique*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, tome VII, nº 38, 18 Septembre 1930 et nº 39, 25 Septembre 1930). — E. et C. ont poursuivi une étude expérimentale sur 176 lapins, dont les résultats se résument dans les conclusions suivantes:

Le système neuro-végétatif exerce incontestablement une influence favorable entravant le développement des cancers du goudron.

La suppression de cette influence neurotrophique précipite l'évolution de ces néoplasmes.

Le régime alimentaire joue un rôle très important dans l'apparition de ces néoplasmes. L'avoine exerce une influence défavorable en activant la déminéralisation avec perte sensible du Ca. Il serait désirable que les expérimentateurs qualifiés établissent un régime prophylactique susceptible d'être mis en usage par les masses populaires. Dans ce régime doit être particulièrement envisagé l'apport suffisant de Ca et d'autres sels minéraux indispensables au point de vue physiologique, des vitamines, des aminoacides, de cholestérine, de carotine, de lutéine.

E. et C. attirent particulièrement l'attention sur la valeur quantitative du Ca ainsi que sur le rapport existant entre le calcium et le potassium et le calcium et le magnésium. Ils insistent sur l'importance de la phase précancéreuse, véritable état de dyscrasie, au moment de laquelle se manifestent le plus facilement les prédispositions héréditaires constitutionnelles et individuelles.

L'état terminal de cachexie cancéreuse n'a pas de caractère spécifique; il s'agit là, incontestablement, de troubles du métabolisme basal résultant de l'intoxication de l'organisme par les produits des échanges anormaux et de la désassimilation.

FRIBOURG-BLANC.

A. Kobryner. ***Protozoaire agent pathogène de la grippe*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, tome VII, nº 46, 13 Novembre 1930). — Une longue série d'observations d'ordre épidémiologique et clinique et en pariteulier la périodicité de la contagiosité grippale, certaines analogies avec les tableaux cliniques de l'amibiase, ainsi que la monocytose sanguine, incitent K. à attribuer la grippe à un protozoaire.

L'examen direct de l'expectoration, du liquide pleural, du pus d'un écoulement otitique, des abcès ganglionnaires et dentaires et du sang des grippés révèle à K. l'existence de figures caractéristiques de la schizogonie et de la gamogonie, de corps rappelant les sporozoïtes et de spores d'autres protozoaires connus.

A titre de contrôle, K. fait des examens analogues chez des sujets apparemment sains. Il ne trouve les images décrites précédemment que chez les individus ayant eu la grippe tout récemment ou étant à la phase d'incubation grippale. Enfin dans le sang des malades présentant des séquelles de grippe, K. constate l'existence de sporozoïtes, de microgamétocytes, de microgamètes, de macrogamètes et de sporozoïtes d'un type morphologique différent des premiers.

Ces constatations conduisent K. à conclure qu'à côté de la grippe aiguë existe une grippe à forme prolongée et que toutes les deux sont déterminées par des protozoaires.

Au point de vue de la technique des investigations, K. met en garde les observateurs insuffisamment expérimentés contre la possibilité de confondre, sur des préparations coloriées, les images du cycle évolutif avec les plaquettes de Bizzozero.

FRIBOURG-BLANC.

J. Flaszen et **H. Wachter.** ***Recherches sur les phénomènes chimiques des tisus cancéreux, à la suite de l'application du radium, et leur valeur thérapeutique*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, tome 7, nº 47. 20 Novembre 1930). — A la suite d'une étude expérimentale et clinique, F. et W. démontrent qu'en dehors du mécanisme classiquement admis de l'action du radium sur les tissus cancéreux, il en existe un autre — tout à fait indépendant — se manifestant dans la réaction dite « précoce » qui suit les irradiations.

F. et W. basent leurs recherches sur l'étude chimique des tumeurs. Freund et Mme Kaminer ont démontré, dans le sérum des cancéreux, l'existence de la réaction dite cytolytique. D'après leurs recherches, le facteur qui entrave la cytolyse des sérums cancéreux est un corps ayant les caractères d'un acide gras non saturé, dont le prototype est représenté par l'acide maléinique. Les expériences *in vitro* démontrent que le radium modifie profondément les caractères chimiques de l'acide maléinique et que ces changements s'étendent également aux propriétés biologiques.

L'acide maléinique, qui entrave la cytolyse des cellules cancéreuses par le sérum normal, perd ce caractère à la suite des irradiations.

Cette action dépend de l'intensité des irradiations. Biologiquement l'inoculabilité expérimentale des tumeurs aux souris est également entravée. Cet effet des irradiations est dû aux rayons β. Les rayons X et les rayons ultra-violets ont le même pouvoir cytolytique, mais à un degré beaucoup plus faible. Tous ces modes d'irradiations donnent également à l'acide maléinique des propriétés photoactives.

L'expérimentation clinique faite avec des dispositifs spéciaux facilitant l'action des rayons β confirme les recherches du laboratoire et dénote que dans la curiethérapie, en dehors de l'action principale, due aux rayons γ, il existe un second mécanisme, consistant en modifications chimiques, produites, surtout, par les rayons β, dont l'action caustique et nécrosante masquait jusqu'à présent les effets favorables. Par analogie à la réaction cytologique décrite par Freund et Mme Kaminer, F. et W. désignent l'action chimique des rayons de la série β par le terme d'« histolytique ».

Suivant le degré de résistance individuelle, l'effet histolytique du radium est plus ou moins grand.

FRIBOURG-BLANC.

J. Mackiewicz. ***Corrélation anatomo-clinique des tumeurs cérébrales*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, tome VII, nº 49, 4 Décembre et nº 50, 11 Décembre 1930). — M. souligne la fréquence croissante des tumeurs cérébrales. On peut diviser les tumeurs cérébrales en secondaires et primitives. Ce dernier groupe comprend trois subdivisions :

1º *Tumeurs mésenchymateuses ;*
2º *Tumeurs ectodermiques ;*
3º *Tumeurs neuro-ectodermiques.*

C'est cette dernière variété qui est de beaucoup la plus fréquente, car elle comprend l'important groupe des gliomes.

M. remarque que certains gliomes, tout en ayant apparemment une morphologie analogue, ont une évolution clinique diamétralement opposée. La question de la corrélation anatomo-clinique est intimement liée à la question du pronostic et, de ce fait, devient très importante. Elle ne peut être résolue que grâce à la collaboration étroite de l'anatomo-pathologiste et du clinicien. Au point de vue pratique, les gliomes présentent deux grandes catégories :

a) *Les tumeurs à évolution bénigne;*
b) *Les tumeurs malignes.*

Les tumeurs à *évolution bénigne* ont pour type l'astrocytome. Elles se distinguent par les caractères suivants : L'homoplasie, l'absence des mitoses, le passage progressif du tissu néoplasique au tissu normal, le respect des barrières histo-physiologiques.

Par opposition, les tumeurs *malignes*, dont le type serait le médulloblaste, ont les caractères essentiels suivants : L'hétéroplasie, la distinction des éléments nerveux, une délimitation nette de la tumeur, la tendance à franchir les limites vasculaires et méningées, l'abondance plus ou moins grande des mitoses.

A côté de ces 2 groupes essentiels, il y a toute une gamme de tumeurs qui, en dehors des caractères de bénignité évidents, présentent de multiples particularités de type malin. Ce sont les tumeurs bénignes à *dégénérescence maligne.*

La corrélation anatomo-clinique des tumeurs cérébrales pourrait être utilement établie par une application plus fréquente de la méthode biopsique, par les ponctions aspiratrices répétées.

Malheureusement, son emploi n'est pas suffisamment répandu bien que ce soit là un moyen de contrôle très précieux tant au point de vue du diagnostic que des résultats thérapeutiques obtenus grâce aux rayons X.

Fribourg-Blanc.

M. Biro. ***De l'atrophie musculaire progressive (Aran-Duchenne)*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, tome VIII, n° 1, 1er Janvier 1931). — A propos de plusieurs cas personnels d'atrophie musculaire progressive, B. rappelle l'opinion de P. Marie mettant en doute l'existence de cette affection. Personnellement, B. considère l'atrophie musculaire progressive d'Aran-Duchenne comme une maladie rare. L'atrophie musculaire coïncidant avec la diminution croissante des réflexes doit faire penser à la maladie d'Aran-Duchenne. Moins l'atrophie est prononcée, plus le diagnostic s'affirme en raison de l'affaiblissement des réflexes, naturellement après l'élimination d'autres affections.

Parmi les diverses atrophies musculaires d'origine médullaire, il y a des formes de transition. B. rapporte l'observation d'une forme nouvelle caractérisée par le jeune âge du sujet (6 ans), des troubles de la sensibilité, l'atrophie prédominant aux membres supérieurs et respectant les muscles péroniers.

D'après l'expérience de B., dans l'étiologie de l'atrophie musculaire d'Aran-Duchenne, les maladies infectieuses paraissent jouer un certain rôle.

Dans les tableaux cliniques des cas observés par lui, B. souligne certaines particularités.

a) Troubles relativement fréquents des membres inférieurs avec atteinte plus précoce et plus intense de ces membres comparativement aux membres supérieurs (5 cas).

b) Des troubles importants des réactions électriques s'étendant même aux muscles paraissant indemnes.

c) Troubles neuro-végétatifs (2 cas) se traduisant par la pâleur et la moiteur des téguments et l'abaissement de la température.

d) Tremblement fibrillaire dans tous les cas observés, souvent précédant l'atrophie musculaire.

Fribourg-Blanc.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos Aires)

R. F. Vaccarezza, C. A. Videla et J. Peroncini. ***Les dérivés barbituriques dans le traitement du tétanos*** (*La Semana Medica*, tome XXXVII, n° 42, 16 Octobre 1930). — Après Marcel Labbé les auteurs ont employé, dans le traitement du tétanos, les injections intraveineuses de somnifène. Ils évitent ainsi au malade les tortures des crises paroxystiques du trismus et facilitent du même coup l'action de l'anti-toxine tétanique. Assurément, le somnifène n'est pas un antitétanique, mais cette passivité du malade est un avantage et les auteurs se demandent si, jusqu'à un certain point, le médicament, en se fixant à la substance nerveuse, ne libérerait par la toxine tétanique qui s'y était fixée et ne la livrerait pas à l'action du sérum antitétanique. Sans être rigoureusement démontrée cette éventualité n'a rien d'impossible.

En tout cas, les observations apportées par les auteurs semblent les encourager à employer systématiquement le somnifène dans tous les cas de tétanos. Il est difficile, en raison du nombre restreint des cas ainsi traités, de dire si l'administration du somnifène améliore réellement les statistiques du tétanos.

M. Nathan.

J. C. Montanaro, J. L. Hanon et E. F. Bonnet. ***Amyotrophies syphilitiques*** (*La Semana Medica*, tome XXXVII, n° 43, 23 Octobre 1930). — La question des atrophies musculaires progressives est des plus complexes et leur pathogénie est loin d'être univoque. Il semble que la syphilis en réclame pour sa part un certain nombre de cas, soit par méningoradiculite, soit par méningomyélite.

L'auteur verse au débat deux observations intéressantes. La première concerne une atrophie en masse des groupes musculaires des membres avec diagnostic humoral positif, la seconde une atrophie symétrique des muscles de la main chez un tabétique.

M. Nathan.

J. M. Macera, I. Feiges et J. Pereyra Kafer. ***Urémie avec chloropénie*** (*La Semana Medica*, tome XXXVII, n° 49, 4 Décembre 1930). — Les auteurs rapportent le cas fort instructif d'un enfant de 12 ans qui entre à la clinique avec un syndrome infectieux grave à type méningé : raideur de la nuque, signes de Kernig, de Brundzinski, raie méningée, signe de Trousseau. le tout accompagné d'une température à 39°, de vomissements et de diarrhée profuse.

La ponction lombaire ne révèle qu'une augmentation de la tension du liquide céphalo-rachidien (52 à l'appareil de Claude), hyperchlorachie, augmentation de l'urée, mais ni hyperalbuminose, ni réaction cytologique; l'hypothèse de fièvre typhoïde est éliminée par une hémoculture et un sérodiagnostic négatifs. Fait important, l'urine est très pauvre en chlorures; hyperazotémie, hypochlorurémie.

Les jours suivants, même état et mêmes réactions humorales.

L'auteur pense à la néphrite et, frappé par la chloropénie urinaire et sanguine contrastant avec l'hyperchlororachie, il administre d'abord par jour 4 gr., puis 8 gr. de chlorure de sodium. L'hypertension rachidienne, l'hyperchlororachie diminuent tandis que la chlorurie et la chlorémie augmentent et que l'état du jeune malade s'amende jusqu'à la guérison.

Cette observation vient à l'appui des idées de Blum (Strasbourg) et des remarquables travaux d'Annes Dias (Porto-Alegre), qui montra que les processus locaux, les désintégrations tissulaires appellent à eux et fixent tous les chlorures disponibles. Cette combinaison évite l'intoxication de l'organisme par ces produits de désintégration. Voilà également comment agissent les injections hyperchlorurées dans l'occlusion intestinale.

L'observation des auteurs est donc des plus instructives. On peut dire qu'il y a eu néphrite avec chloropénie ayant déterminé l'hypertension intracranienne. La cause initiale de la néphrite demeure encore obscure.

M. Nathan.

G. A. Schiavone. ***Le vaccin antivariolique dans le traitement de la coqueluche*** (*La Semana Medica*, tome XXXVII, n° 49, 4 Décembre 1930). — S. apporte une statistique de 53 cas dans lesquels la vaccination, surtout au moment où le vaccin prenait, faisait cesser rapidement les crises de coqueluche. Cette vaccination n'a aucun inconvénient, surtout si l'on s'adresse à des enfants bien constitués.

Dans toutes les observations qui figurent dans cette statistique, il s'agit d'enfants vaccinés pour la première fois, mais rien n'empêche de penser qu'une revaccination, à condition d'être positive, ne puisse offrir les mêmes avantages. Rien n'est plus facile ni plus rationnel que d'essayer, puisqu'il n'y a aucun risque à courir.

Comment agit la vaccination? L'auteur suppose que chacune des pustules représente un minuscule abcès de fixation. Cette hypothèse semble à première vue tout à fait rationnelle.

M. Nathan.

R. A. Vaccarezza et F. Martinez. ***Le carbion dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*La Semana Medica*, tome XXXVII, n° 51, 18 Décembre 1930). — Le « carbion » est un produit récemment réalisé par Merck. Il consiste dans la suspension de fines particules de charbon dans une solution à 10 pour 100 de chlorure de calcium cristallisé. Suivant Wedekind, qui imagina ce produit, le carbone, absorbé par le système réticulo-endothélial, bloquerait tout d'abord ce système, puis stimulerait son action.

Suivant la gravité des lésions, les injections intraveineuses sont de 0.2 à 1 cmc; elles déterminent un frisson puis une élévation thermique qui disparaît au bout de 24 à 48 heures.

Les auteurs argentins ont essayé cette thérapeutique chez 10 malades, en prenant des radiographies successives, en établissant la courbe des anticorps, en pratiquant de fréquentes numérations globulaires. Les résultats ont été moins que brillants, puisque deux améliorations légères ont été payées par sept aggravations dont une granulie et un cas non modifié.

M. Nathan.

Diagnostic des Goitres adénomateux

Les *goitres adénomateux* ont été classés de différentes manières, soit par leurs caractères histologiques, soit par leurs caractères symptomatiques; une des dernières classifications est celle de Mario Schteingart qui se base sur le caractère d'hyperthyroïdisme ou de non-hyperthyroïdisme. Cette classification a l'avantage d'être simple, d'utiliser un moyen d'exploration précis en ce qui concerne la thyroïde, savoir le Métabolisme de Base, de donner enfin une règle à la thérapeutique toujours grâce au M. B. Cette classification est la suivante :

Il y a un goitre, mais *pas d'hyperthyroïdisme:* il s'agit alors soit d'un *goitre colloïde*, soit d'un *goitre adénomateux simple.*

Il y a un goitre, *avec hyperthyroïdisme:* ce sera ou un *goitre adénomateux toxique* ou un *goitre de Basedow.*

Eléments de diagnostic.

A) Etablir tout d'abord s'il s'agit :

1° D'un goitre : 2 éventualités peuvent se présenter :

a) On pourra palper des nodules.

b) On ne trouve pas de nodules à la palpation ; faire alors une radiographie, les nodules étant assez souvent rétrosternaux.

2° Ce goitre est-il *sans hyperthyroïdisme ou avec hyperthyroïdisme?*

L'un comme l'autre peuvent avoir dans leur symptomatologie : palpitations, tachycardie, troubles nerveux, troubles gastro-intestinaux. Nous avons un seul moyen pour déterminer le non-hyper ou l'hyperthyroïdisme, c'est :

Le métabolisme basal.

Le M. B. *est toujours normal* dans le *goitre colloïde* et le *goitre adénomateux simple.*

Le M. B. *est toujours augmenté* dans le *goitre adénotoxique* et le *goitre de Basedow.*

(Le M. B. est augmenté de 20 à 50 pour 100 environ dans le goitre adénomateux toxique, mais n'atteint jamais des chiffres aussi élevés que dans le Basedow.)

B) Les autres signes sont :

1° *Pour les goitres non hyperthyroïdiens:* des signes de « sympathoses » simples tels que :

a) *Troubles digestifs:* diarrhée ou constipation ou alternance de l'une et de l'autre, appétit capricieux.

b) *Troubles nerveux:* instabilité dans le caractère.

c) *Tachycardie* (faible) : 80 à 90 pulsations.

d) *Modifications brusques de poids:* amaigrissement, arrêt, reprise de poids, nouvel amaigrissement.

2° *Pour les goitres hyperthyroïdiens:* des signes de « thyroxinhémie » vraie tels que :

a) *Troubles digestifs:* surtout diarrhée.

b) *Troubles nerveux:* depuis la simple phobie jusqu'au délire.

c) *Amaigrissement:* très marqué (de 10 à 30 kilogr.).

d) *Tachycardie (forte):* 90 à 120 pulsations.

e) *Tremblement:* pouvant manquer dans le goitre adéno-toxique.

Diagnostic différentiel entre un goitre adéno-toxique et un Basedow.

Le Basedow se différencie du goitre adéno-toxique par les 5 points principaux suivants :

1° Le goitre adéno-toxique est bien *localisé* (1 ou 2 lobes), bien *circonscrit*, en général *lisse.*

2° *Le tremblement existe* toujours dans le Basedow.

3° *L'exophtalmos* est une caractéristique du Basedow (il n'existerait pas dans le goitre adéno-toxique).

4° *L'évolution* est *plus rapide* et *la symptomatologie* est plus *intense* dans le Basedow.

5° (Point le plus important) : Le M. B. *est beaucoup plus élevé dans le Basedow* (au-delà de 50 pour 100 pour dépasser parfois 100 pour 100, le goitre adéno-toxique ne dépasse pas 50 pour 100).

Le cœur chez les goitreux, étant touché à la fois par l'intoxication de la sécrétion et par l'influence du sympathique, présente le plus souvent au début des *lésions fonctionnelles* et plus tard des *lésions organiques* (arythmie sinusoïdale; palpitations banales; défaillance cardiaque).

Si *le Métabolisme basal ne peut absolument pas être appliqué* — à la campagne, par exemple — on peut utiliser malgré sa valeur relative *l'épreuve de la quinine de Bram*, pour déterminer l'hyperthyroïdisme :

Technique. — Donner pendant quatre jours : 4 cachets de 0 gr. 65 chaque de bromhydrate de quinine (soit en tout 16 cachets contenant une dose totale de 7 gr. 80).

Interroger chaque jour le malade sur les troubles qu'il peut ressentir.

Résultats. — *Hyperthyroïdisme:* aucune intolérance pour les 16 cachets.

Hypothyroïdisme: signe d'intolérance souvent dès le deuxième cachet.

Marcel Laemmer.

Traitement des Goitres adénomateux

Les bases du traitement sont : *l'iodothérapie* et la *radiothérapie.* En cas d'échec la *fluorothérapie* (utilisée dans les formes hypertyroïdiennes) vient d'être récemment proposée. Il faudra toujours tenir grand compte des conseils d'*hygiène générale.*

La *chirurgie* agira après échec de tous ces traitements *ou* pour des raisons d'urgence.

Schémas d'ordonnances.

A. Ordonnance pour goitre adénomateux *sans hyperthyroïdisme: Conseils d'hygiène générale:*

a) Repos le plus possible et au grand air.

b) Vie calme.

c) Surveiller le bon fonctionnement intestinal et rénal (si nécessaire : solution de Bourget, eaux de désintoxication : Vittel, Evian, etc.).

d) Surveiller tous foyers d'infection (bouche en particulier) et le bon fonctionnement hépatique.

Alimentation: saine (type : régime pour hépato-intestinaux).

Traitement médicamenteux. — *a*) Prendre chaque matin dans une ou deux cuillerées à potage de lait : X gouttes de la solution suivante :

Iode métalloïdique	1 gr.
Iodure de potassium	2 gr.
Eau distillée	20 cc.

F. s. a. en flacon compte-gouttes.

à faire pendant 10 jours, arrêt une semaine et reprise dix jours, repos une semaine.

b) *Le mois suivant:* prendre au repas du *matin:* un des cachets suivants :

Poudre de thyroïde ...... deux (à trois) *centigrammes.*

F. s. a. pour un cachet n° 15.

à faire quinze jours.

c) Repos dix jours et l'on pourra reprendre la solution iodo-iodurée.

N. B. — Tout traitement pour goitre doit être suivi régulièrement et sous le contrôle du M. B. (si celui-ci s'élevait, cesser le traitement iode-thyroïde).

B. Ordonnance pour goitre adénomateux *avec hyperthyroïdisme:* Mêmes conseils d'*hygiène générale* et *d'alimentation.*

Traitement médicamenteux. — *Essayer la solution iodo-iodurée,* mais sous contrôle du M. B. Si celui-ci avait tendance à augmenter, prescrire :

La radiothérapie: à ne prescrire qu'aux hyperfonctionnels.

Indications: a) goitre de petit volume. — *b*) Goitre toxique avec mauvais état général.

Contre-indication: quand *le M. B. est normal* ou *diminué.*

N. B. — La radiothérapie doit toujours être exécutée sous le contrôle du M. B. et être cessée quand le M. B. est redevenu normal.

Dans les deux cas (*hyper ou non hyperthyroïdien*) on ordonnera par exemple :

1° *Contre les phénomènes de « sympathoses »:*

Le *bromure de sodium :*

Bromure de sodium	20 gr.
Eau distillée	300 cc.

Une cuillerée à potage au milieu des repas de *midi* et du *soir.*

ou Alcoolature de Ballota fœtida	30 gr.
Teinture de Passiflore	20 gr.

M. s. a. en flacon compte-gouttes :

4 fois *XXX gouttes* par jour dans un peu d'eau ou une infusion (10 h., 15 h., 17 h., au coucher).

2° *Contre les accidents cardiaques:*

a) Teinture d'Adonis vernalis : 3 à 4 fois X gouttes par jour (pour les troubles fonctionnels).

La digitaline, l'*ouabaïne* pour les cardiopathies organiques.

La fluorothérapie : Solution *per os.*

Fluorure d'ammonium	0 gr. 50
Eau distillée	25 gr.

F. s. à en flacon compte-gouttes.

X gouttes 4 fois par jour et augmenter graduellement jusqu'à XXV à XXX 4 fois par jour.

A faire 15 jours, arrêt 7 jours reprise et ainsi de suite.

Traitement chirurgical. — Quel goitre doit-on faire opérer ?

1° Tout goitre ayant résisté six mois au traitement médicamenteux et radiothérapique.

2° Les goitres adénomateux simples de grosseur assez importante avec signes de compression mécanique (troubles respiratoires).

L'opération sera toujours suivie d'un traitement médical comprenant comme bases :

a) Des *conseils d'hygiène générale* (lutte contre les *intoxications* et les *infections*).

b) Un traitement iodo-ioduré tel qu'il est prescrit plus haut.

Marcel Laemmer.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

J. Minet. ***A propos de la sérothérapie antidiphtérique*** (*Le Progrès Médical*, n° 51. 13 Décembre 1930). — Pour étudier la valeur thérapeutique comparative du sérum antidiphtérique fourni par l'Institut Pasteur de Paris et celui provenant de l'Institut Pasteur de Bruxelles, M. a utilisé uniquement le premier durant la première période de l'épidémie diphtérique de l'hiver 1929-1930, jusqu'au 12 Mars 1930; à partir de cette date, tous les diphtériques ont reçu du sérum belge.

Pendant la première période, tous les enfants reçoivent au minimum, mi-partie par voie sous-cutanée, mi-partie par voie intra-musculaire, 150 cmc de sérum de Roux, 100 les jours suivants. La dose totale moyenne par enfant étant de 400 cmc. 51 enfants ainsi traités, se décomposant en 34 diphtéries pharyngées, 17 croups avec 14 tubages, et 25 formes graves, soit du fait de la virulence de l'infection, soit en raison de la coexistence d'une maladie intercurrente. L'action du sérum sur la température ne commence à se manifester qu'au bout de 3 à 4 jours et d'une façon lente. Le nettoyage de la gorge ne se fait jamais rapidement; les fausses membranes ont persisté toujours trois à quatre jours, souvent plus; sept jours dans un cas dont le sujet recevait 100 cmc de sérum par jour. Les complications sont rares en dehors du syndrome myocardique responsable de la plupart des morts (20 pour 100 de mortalité), éruption sérique dans 20 pour 100 des cas également, quelques-unes seulement sérieuses.

Dans la deuxième période, les petits malades reçoivent soit 20, soit 30 cmc de sérum belge, le premier jour, quelques-uns 40 ou 50 cmc. La dose moyenne totale par enfant est de 57 cmc. La médication adjuvante fut la même que pour les malades de la première période. 23 malades ainsi soignés comprennent 15 diphtéries pharyngées; 8 croups avec 6 tubages et 1 trachéotomie, 13 cas étaient graves.

Dans tous les cas sauf 1, l'action du sérum sur la température et sur l'état général est rapide et complète. La chute définitive de la température ne tarde jamais au delà du quatrième jour. La détersion de la muqueuse commence dans tous les cas sauf un, dès le lendemain de l'injection. La gorge est presque nettoyée dès le troisième jour, elle l'est toujours le cinquième. Il n'y eut pas de complications. La mortalité est de 5 pour 100 (un cas de mort subite au huitième jour). Les éruptions sériques apparurent dans 22 pour 100 des cas.

Le sérum antidiphtérique est préparé différemment à Bruxelles et à Paris. Le sérum belge est obtenu par une immunisation très rapide avec des doses intenses de toxines. Là est peut-être l'explication de la différence d'action des deux sérums.

Robert Clément.

L. Cornil et **Ch. Thomas.** ***Considérations critiques sur la valeur séméiologique et médico-légale des critères circulatoires de la douleur provoquée*** (*Le Progrès Médical*, n° 8, 21 Février 1931). — Les manifestations objectives de la douleur ont un grand intérêt séméiologique et surtout médico-légal.

C. et T. ont cherché les *modifications de fréquence du pouls* sous l'influence de la douleur sur des sujets normaux et sur des malades; par exemple sous l'influence des douleurs atroces présentées au cours de deux syndromes thalamiques à type hémialgique, la palpation douloureuse d'une hydarthrose traumatique du genou ou la mobilisation d'une articulation ankylosée par un rhumatisme déformant. Chez les sujets normaux, l'excitation douloureuse était produite par la forcipression d'une pince à griffe poussée jusqu'au seuil de la sensation douloureuse. Au cours de 121 expériences, les résultats obtenus ont été les suivants : dans 27 pour 100 des cas, aucune modification; dans 53 pour 100 accélération du rythme cardiaque; dans 20 pour 100 diminution.

Au cours de ces expériences on a rencontré, à la fois, des diminutions et des augmentations de la *pression artérielle*, les variations n'ont jamais été très fortes.

Les inscriptions graphiques à l'aide de la capsule oscillographique ont montré avec une constance remarquable, dans les quelques secondes qui suivent le début de la perception douloureuse, durant 2 ou 3 pulsations, une *diminution souvent très nette de l'indice oscillométrique* ou tout au moins une baisse très marquée du dicrotisme.

Dans 19 crises douloureuses dont une spontanée chez un des malades atteint de syndrome thalamique et dans 43 crises dont les 3/4 spontanées chez le deuxième, quel que soit le pléthysmographe employé au moyen de la recherche, il y a, après une très brève et très faible diminution, une augmentation, le plus souvent considérable et brusque, du tracé pléthysmographique persistant pendant deux à trois minutes à son amplitude maxima, mettant en évidence l'intensité de la réaction vaso-motrice.

Contrairement à la vaso-dilatation observée dans ces 2 cas de syndrome thalamique, la pléthysmographie, pratiquée au niveau de la face, témoigne par l'abaissement du tracé d'une vaso-constriction à la douleur.

Dans l'ensemble, les recherches de C. et T., comme les travaux antérieurs, montrent la relativité de la valeur séméiologique et médico-légale des manifestations circulatoires objectives de la douleur provoquée. Surtout, les modifications de rythme du pouls et les variations de la pression artérielle sont irrégulières et trop variables pour qu'on en puisse faire état. Plus importantes sont la diminution de l'amplitude avec abaissement du dicrotisme de l'indice oscillométrique et la vaso-constriction, surtout marquée au niveau de la pommette.

Robert Clément.

R. Charpentier. ***Essai sur la physiologie de la douleur*** (*Le Progrès Médical*, n° 8, 21 Février 1931). — En se basant sur des faits pathologiques, C. pense que la douleur ne doit pas être considérée comme une qualité sensitive particulière (comme le tact, la vue, l'ouïe ou l'odorat) ayant des voies nerveuses propres.

La douleur ne correspond à aucun excitant spécifique; elle est liée à l'exagération d'une sensation normale de n'importe quel appareil sensitif; l'exagération de la pression engendre la douleur, l'exagération de la lumière engendre la photophobie, celle des bruits, des douleurs auditives, etc. Elle est un degré de l'appréciation de chaque sensation.

La douleur peut emprunter toutes les voies sensitives; au niveau de l'appareil central, il faut signaler les douleurs effroyables du syndrome sous-thalamique et l'indifférence de l'écorce cérébrale.

C'est l'étude de la syringomyélie, en raison de la dissociation qu'elle permet de constater entre les sensations tactiles d'une part, et thermiques et douloureuses d'autre part, qui a fait admettre l'existence de fibres uniquement vouées à la transmission douloureuse; or, la syringomyélie n'est pas entièrement expliquée par la conception des voies douloureuses spécifiques et son anatomie pathologique n'est pas assez démonstrative pour servir de base à cette conception.

Les lépromes des nerfs superficiels produisent une dissociation du type syringomyélique. Dans certains cas de compression du nerf du bras, le tact est conservé, la douleur supprimée. Faut-il admettre que la compression mécanique ou la lésion agit électivement sur les fibres spécifiques de la douleur existant déjà dans le nerf superficiel ?

Dans tous les cas où l'on observe la dissociation syringomyélique de la sensibilité, ou, d'une façon plus générale, la suppression ou la diminution de la douleur, on trouve une compression médullaire par une cavité remplie de liquide dans la syringomyélie, le canal épendymaire dilaté dans l'hydromyélie, un épanchement sanguin dans l'hématomyélie. Les mêmes symptômes s'observent après le traumatisme opératoire dans la cordotomie, la compression d'un nerf, une tumeur sur le trajet d'un nerf sensitif, l'injection de liquide dans un nerf (injection intra-sciatique de Sicard). C. émet l'hypothèse qu'un élément est constant dans ces divers cas : la suppression subie par la fibre nerveuse et que le tissu nerveux ainsi comprimé ne conduit plus de la même façon les sensations qui lui sont confiées. Dans certaines conditions, le cylindraxe comprimé admettrait le passage d'une quantité d'influx suffisante pour assurer la perception du tact, mais non une quantité supérieure nécessaire pour ébranler les centres d'une manière douloureuse. Cela expliquerait certains retards des sensations observés précisément dans les lésions de la moelle où l'on trouve la dissociation de la sensibilité.

Robert Clément.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Chompret et **Dechaume.** ***Considérations sur l'actinomycose des maxillaires*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXII, n° 12, Décembre 1930). — C. et D. attirent l'attention sur une forme ulcéreuse raréfiante, se produisant par voie dentaire et caractérisée par une grande diffusion, l'absence de tout travail de défense, car à la différence de l'actinomycose des parties molles, ces lésions osseuses ne s'enkystent pas.

L'atteinte des parties molles, l'infection secondaire ne paraissent pas la règle à C. et à D. et n'auraient lieu que tardivement. Cette forme n'offre pas les signes cliniques que l'on est habitué à retrouver dans les descriptions classiques et c'est l'examen de laboratoire qui peut seul en établir le diagnostic.

C. et D. insistent sur la nécessité d'un traitement à la fois général ioduré, et local, et sur l'importance de la précocité de la thérapeutique, la plupart des échecs se produisant dans les formes anciennes.

C. Ruppe.

Chompret et **Dechaume.** ***Pseudo-sarcome du maxillaire supérieur chez un enfant de 4 ans*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXIII, n° 1, Janvier 1931). — C. et D. rapportent la très intéressante observation d'un enfant qui, après une chute, a présenté de façon indolore une tuméfaction de la joue, avec légère asymétrie du palais. La denture était saine, il existait un diastème entre la première molaire de lait et les dents voisines. Le diagnostic d'ostéosarcome paraissait le plus probable. Or, à la biopsie, pas de trace de tumeur maligne, mais la signature de phénomènes inflammatoires subaigus : épithélium hyperplasique infiltré de polynucléaires; tissu conjonctif riche en néo-vaisseaux, bourré de polynucléaires, de lymphocytes et de plasmocytes. L'examen de laboratoire a montré que l'agent causal était le streptocoque.

C. Ruppe.

J. Bercher et **Ch. Ruppe.** ***Note sur les accidents éruptifs de la dent de sagesse inférieure par voie alvéolaire*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIII, n° 1, Janvier 1931). — Lorsque la péricoronarite revêt une allure subaiguë et que l'espace péricoronaire est développé, il en résulte une réaction hyperplasique granulomateuse qui gagne progressivement la région apicale. Elle se traduit radiographiquement par une image qui fait croire à un granulome périapical et ferait porter à tort le diagnostic d'ostéophlegmon d'origine dentaire, alors que la dent de sagesse est saine, que sa pulpe est vivante et qu'il s'agit d'une péricoronarite propagée par voie alvéolaire.

C. Ruppe.

MINERVA MEDICA

(Turin)

L. Jacchia. ***L'action de la quinine sur le métabolisme hydrocarboné chez les diabétiques et les sujets normaux*** (*Minerva Medica*, tome XXI, 9 Juin 1930). — J. a contrôlé et confirmé expérimentalement et cliniquement l'action hypoglycémiante et antiglycosurique de la quinine: elle est susceptible d'agir heureusement dans les cas de diabète bénin bien qu'elle n'influe en rien sur la polyurie ni sur l'état général et que l'action cesse dès qu'on suspend l'administration du médicament. Son rôle demeure adjuvant et elle ne peut jamais remplacer complètement le traitement par l'insuline. La quinine paraît agir en freinant le grand sympathique et en inhibant la cellule hépatique.

F. Coste.

A.-M. Dogliotti et **M. Mairane.** ***Nouvelles recherches expérimentales sur la mort dans l'occlusion intestinale haute*** (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 23, 9 Juin 1930). — D. et M. considèrent les conclusions de Roger sur le mécanisme de l'intoxication dans l'occlusion haute comme inexactes et ils s'étonnent qu'elles aient pu, bien que non confirmées, exercer une telle influence sur les travaux ultérieurs consacrés à cette question, et sur les conceptions cliniques et chirurgicales.

Bien que, selon toute probabilité, il se forme, à la suite de l'occlusion haute, des toxines produites par la stase et les fermentations anormales du contenu intestinal et par l'autolyse de portions de parois duodénales, celles-ci ne sont ni assez actives ni assez puissantes pour amener la mort dans un temps aussi court.

L'importance primordiale revient au contraire à la déshydratation et à l'hypochlorémie produites par les vomissements abondants. Ces derniers ne sont pas dûs uniquement à une réaction de défense contre l'intoxication de l'organisme; ils s'expliquent aussi sans doute par une excitation locale produite par l'occlusion; leur pathogénie demeure d'ailleurs en partie incertaine.

Les autotoxines, les toxines microbiennes, l'exaltation des germes, l'inhibition rénale et hépatique n'ont vraisemblablement, dans l'occlusion haute, qu'une importance secondaire parmi les causes de mort. Selon toute probabilité ces facteurs n'entrent en scène que tardivement, si l'on a prolongé la vie en fournissant à l'organisme de l'eau et du chlorure de sodium: dans ce cas le tableau morbide de l'occlusion haute se rapproche de celui de l'occlusion basse, où, la déshydratation et la déchloruration étant beaucoup moins marquées, des substances toxiques ont le temps de se former en quantité suffisante pour exercer leur action nocive.

F. Coste.

G. Lucchi et **D. Mucci.** ***Contribution à l'étude de l'ictère hémolytique constitutionnel*** (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 28, 14 Juillet 1930). — Observation d'un cas d'ictère hémolytique primitif avec splénomégalie, du type acquis (apparu à l'âge de 8 ans) et qui cependant présentait un caractère héréditaire : en effet, les recherches hématologiques faites chez tous les ascendants et les collatéraux du malade mirent en évidence des signes manifestes de diathèse hémolytique; on les retrouvait chez les géniteurs, chez tous les parents paternels, chez certains parents du côté maternel et enfin chez les deux frères du malade. L. et M. insistent à ce propos sur le caractère artificiel de la distinction entre ictère hémolytique acquis et congénital.

La splénectomie, en dépit d'une poussée vésiculaire aiguë survenue au bout de quelques jours, amena rapidement la guérison clinique avec une régression complète de tous les symptômes morbides, y compris les manifestations d'infantilisme et le retard du développement génital. Cependant la résistance globulaire et l'aniso-microcytose hyperchromique ne furent que très peu modifiées.

F. Coste.

L. Sussi. ***Contributions à l'étude de l'hyperadrénalinémie expérimentale*** (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 29, 21 Juillet 1930). — Injectant quotidiennement pendant deux mois sous la peau de 12 cobayes des doses d'adrénaline de l'ordre de 1/10e de mm., S. n'a pu découvrir chez ces animaux aucune lésion des parois vasculaires : tous les troncs ou rameaux examinés au niveau des viscères ou des membres étaient normaux, il n'y avait trace d'infiltration ni dans leurs parois ni dans les tissus péri-vasculaires, il n'existait aucune thrombose.

Par contre, sur 6 cobayes, soumis, outre le traitement adrénalinique quotidien, à l'inoculation de germes pyogènes (staphylocoques), 4 ont présenté, particulièrement dans le voisinage du foyer d'infection, des lésions de panartérite.

On doit rapprocher ces faits des résultats obtenus par Marcus et Schmidt Weyland chez le lapin: alors que les injections sous-cutanées d'adrénaline seules ne provoquaient aucune lésion des parois vasculaires, ils réussirent, en inoculant simultanément aux animaux une suspension de streptocoques dans la veine, à obtenir, dans le territoire soumis à l'action de l'adrénaline, des altérations vasculaires disséminées et accompagnées de thromboses.

Rapprochant ces faits expérimentaux de l'hyperadrénalinémie avec hyperglycémie, des lésions vasculaires inflammatoires et de l'évolution fébrile relevées dans la maladie de Buerger, S. considère cette dernière non point comme la conséquence d'un simple trouble fonctionnel des surrénales, mais comme une maladie infectieuse à marche lente.

F. Coste.

A. Allodi. ***Le symptôme achylie gastrique dans l'anémie pernicieuse ou perniciosiforme*** (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 30, 28 Juillet 1930). — A. rapporte 10 observations d'anémie pernicieuse cryptogénétique, confirmée par tous les examens hématologiques et de laboratoire, et dans lesquels le symptôme achylie faisait défaut, ce qui confirme la notion que ce trouble ne saurait être considéré comme un facteur pathogénique de la maladie. D'autre part cela lui enlève une grande partie de sa valeur diagnostique puisqu'on a le droit d'affirmer malgré son absence qu'il s'agit d'anémie pernicieuse. D'ailleurs dans beaucoup d'anémies secondaires à type pernicieux, l'achylie n'existe pas.

Dans les cas où l'anémie pernicieuse s'accompagne d'achylie ou d'une altération plus ou moins marquée de la sécrétion gastrique, A. a constaté, sous l'influence de l'hépatothérapie, une amélioration de la sécrétion, qui, à vrai dire, conserve la même acidité et le même pouvoir peptique mais contient moins de leucocytes et de bactéries. Ces modifications lui paraissent intéressantes et dignes de recherches ultérieures.

F. Coste.

A. Allodi. ***Action de l'acétylcholine sur le chimisme gastrique*** (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 32, 11 Août 1930). — A. a étudié l'action de l'acétylcholine (à la dose de 20 centigr. par la voie sous-cutanée) sur la sécrétion gastrique chez 22 sujets atteints d'hyper ou d'hyposécrétion : chacun d'entre eux était soumis aux 3 épreuves suivantes: 1° Sondage fractionné de l'estomac à jeun ; 2° Sondage fractionné après injection d'acétylcholine; 3° Sondage fractionné après repas d'Ewald. Il a obtenu dans presque tous les cas sous l'influence de l'acétylcholine une augmentation de la quantité du suc gastrique et de son acidité: cette action commence généralement au bout d'une demi-heure ; elle atteint son maximum au bout de 3/4 d'heure à une heure et s'épuise entre la 60e et la 75e minute.

Ces faits justifient l'application en clinique de l'épreuve à l'acétylcholine particulièrement dans les cas d'hyposécrétion ou d'achylie où il existe également des troubles du tonus et de la motilité gastriques et où elle est susceptible de donner des résultats heureux.

F. Coste.

P. Peserico. ***Epreuve de l'adrénaline et résistance globulaire chez les individus normaux ou atteints de splénomégalie*** (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 32, 11 Août 1930). — La résistance osmotique a été mesurée par la méthode de Brinkmann et parallèlement à la numération globulaire pendant la contraction splénique provoquée par une injection intramusculaire de 1 milligr. d'adrénaline.

1° Chez 11 individus normaux l'injection a déterminé une hyperglobulie transitoire d'une valeur moyenne de 500.000 globules rouges par millimètre cube et une diminution de la résistance osmotique: cette dernière peut être attribuée à l'apparition dans le sang circulant de formes fragiles chassées par la contraction splénique;

2° Chez un sujet splénectomisé l'adrénaline n'a modifié ni le nombre ni la résistance des hématies;

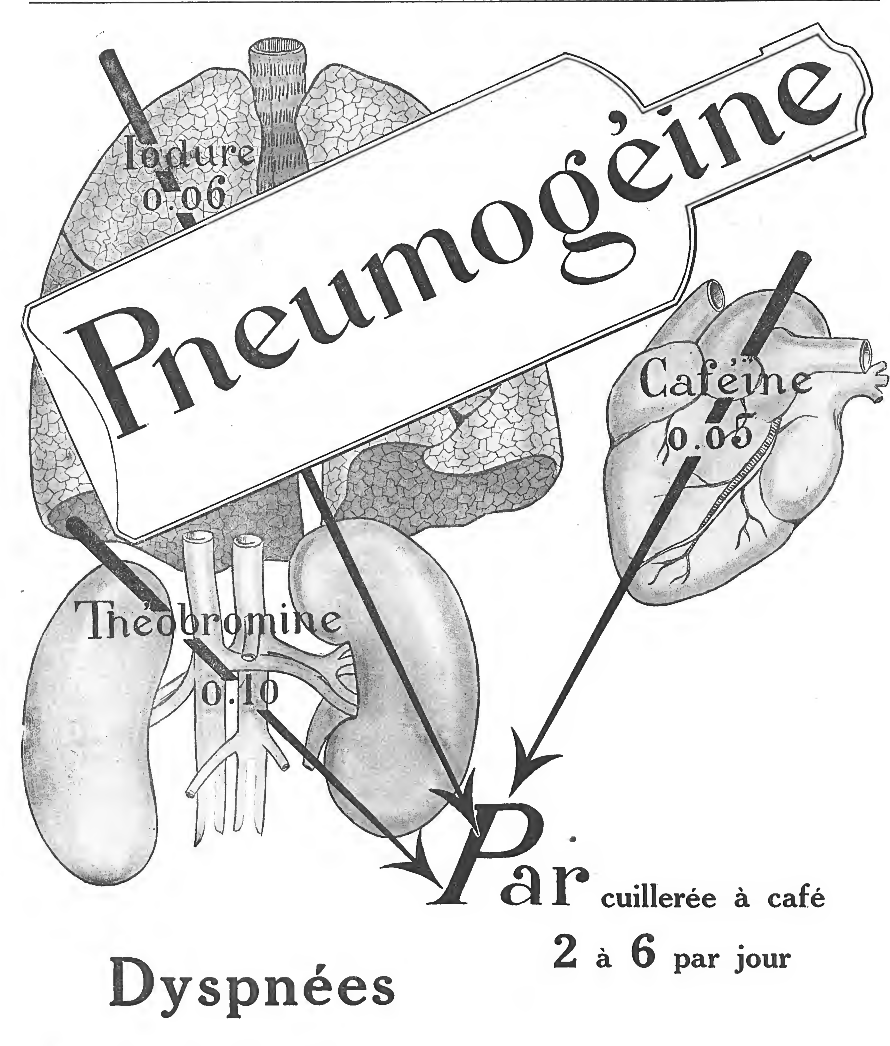
3° Chez des sujets porteurs d'une grosse rate la polyglobulie post-adrénalinique est constante et plus accentuée que chez les sujets normaux. De même existe la réduction du volume de la rate quelle que soit la cause de la splénomégalie (leucémie, malaria, lymphogranulomatose, Banti, ictère hémolytique, polycythémie, thrombophlébite splénique); ce sont les rates hémolytiques qui se contractent le mieux.

Dans tous les cas de splénomégalie, l'injection d'adrénaline était suivie d'une diminution de la résistance globulaire sauf dans 2 cas d'ictère hémolytique qui n'ont réagi que par la polyglobulie et la contraction splénique.

F. Coste.

A. Rabino. ***Fièvre apyrétique chez les tuberculeux*** (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 33, 18 Août 1930). — La fièvre ne se résume pas dans l'hyperthermie. Celle-ci est due à une perturbation des centres thermo-régulateurs situés dans la région hypothalamique ou dans la portion ventrale du diencéphale. L'équilibre entre la thermogénèse et la dispersion calorique se trouve rompu et il en résulte une variation de la température du corps.

Dans la tuberculose, les endotoxines bacillaires jouent le rôle perturbateur. Mais (de même qu'il en existe des exemples dans les maladies infectieuses aiguës), le dérèglement peut ne point affecter la température corporelle, et porter cependant sur les échanges et le métabolisme: Il y a alors « febris sine febre », état fébrile sans hyperthermie. On trouve, même dans ces cas apyrétiques, une combustion accrue des protéines et des graisses, une rétention d'eau et de chlorure de sodium, une augmentation de la consommation d'oxygène, un quotient respiratoire plutôt bas, indiquant que les pro-


Pneumogéine
Iodure 0.06
Cafeïne 0.05
Théobromine 0.10
Par cuillerée à café
2 à 6 par jour
Dyspnées

téines et les graisses sont brûlés de préférence aux hydrates de carbone. Le métabolisme basal est augmenté.

Ces troubles des échanges ont été retrouvés régulièrement par divers auteurs dans les périodes ou les formes apyrétiques de tuberculose évolutive. Cela semble indiquer qu'il n'y a pas d'états vraiment *afébriles* dans ces cas: Il s'agit toujours d'*apyrexie fébrile*, notion importante en pratique, car les malades doivent être considérés comme des fébricitants véritables, ce qui comporte d'importantes déductions hygiénodiététiques et thérapeutiques.

F. Coste.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

H. Wildegans. ***Les cas de mort après transfusion sanguine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 48, 28 Novembre 1930). — La multiplication des transfusions sanguines depuis quelques années rend nécessaire l'étude des incidents aussi bien que des avantages sur lesquels on a surtout insisté. Or, les accidents survenant au cours ou à la suite des injections intraveineuses de sang n'ont pas disparu depuis les épreuves de vérification du sang. Dans une statistique citée par W. les auteurs sont même arrivés au résultat assez curieux de 2 cas mortels sur 1.000 avant les épreuves, et 1 cas mortel sur 1.400 transfusions faites après vérification des sangs. A l'appui de ces chiffres qui contrastent avec les données actuellement admises, W. s'efforce de prouver que les erreurs de groupe ne constituent qu'une cause accessoire parmi les facteurs de dangers.

D'ailleurs selon lui ces erreurs pourraient encore se produire aisément par suite de la difficulté de détermination du groupe de certains sujets, et il insiste, après bien d'autres, sur la nécessité d'une épreuve directe des sangs dans les cas douteux.

Parmi les autres causes d'accidents, il signale la possibilité d'hémolyse même sans agglutination et croit qu'un test spécial d'hémolyse pourrait rendre des services.

Accessoirement, la mort peut être due à des phénomènes de dilatation cardiaque, ou exceptionnellement à une thrombose ou une embolie dues à des fautes de technique. Enfin, il signale les accidents plus fréquents chez les sujets atteints de maladies du sang.

Dans l'ensemble, en dépit de son exorde, c'est surtout à des phénomènes d'agglutination et à l'oligurie ou anurie secondaires que sont imputables les accidents observés par W. ou qu'il a pu trouver dans la littérature. Il paraît, en effet, que les épreuves de détermination des groupes et des propriétés réciproques des sangs de donneur et receveur pourraient dans certains cas gagner à être précisées.

G. Dreyfus-Sée.

O. Teutschlaender. ***L'emploi de la souris comme indicateur de présence de produits cancérigènes dans les établissements industriels et les maisons d'habitation*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 51, 19 Décembre 1930). — Une souris grise sauvage attrapée dans une briqueterie a été soumise à l'examen de T. parce qu'elle présentait de petites tumeurs que les ouvriers de la fabrique désignaient sous le nom de « verrues de poix ». L'examen histologique montra que plusieurs de ces tumeurs avaient subi une dégénérescence cancéreuse. Une enquête faite à la fabrique révéla la fréquence de lésions semblables chez les ouvriers et décela l'existence de nombreux cas de cancer dans le personnel de la fabrique.

Une observation analogue avait été faite dans une fabrique de sucre par Fibiger.

Ces faits intéressants au point de vue expérimental paraissent à T. de nature à entraîner des conséquences prophylactiques.

Les maisons ou usines dites « à cancer » pourraient être décelées grâce à la souris, qui semble un animal témoin précieux, beaucoup plus sensible que l'homme et, par conséquent, atteint avant lui.

Ainsi dans tout endroit suspect, on examinerait les souris sauvages et on disposerait aux lieux comportant le maximum de poussière ou gaz dangereux des cages contenant des souris blanches qui seraient régulièrement contrôlées.

La multiplication de ces épreuves permettrait de prendre des mesures de protection pour les hommes, sans attendre que la preuve du danger soit fournie par une atteinte humaine.

G. Dreyfus-Sée.

A. Eckstein, H. Herzberg-Kremmer et K. Herzberg. ***Recherches cliniques et expérimentales sur l'encéphalite vaccinale*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*; tome LVI, n° 52. 26 Décembre 1930). — I. *Partie clinique* (A. Eckstein). — Il était intéressant de vérifier si le passage d'animal à homme du virus vaccinal tel qu'il est couramment pratiqué actuellement détermine des réactions différentes de celles du passage d'homme à homme.

E. a repris la méthode ancienne d'inoculation de bras à bras chez des enfants en ayant soin d'éliminer toutes causes d'accidents par transmission d'affections contagieuses aiguës ou chroniques.

Il a constaté des différences évolutives manifestes dans le sens de l'atténuation de virulence lors de vaccination par lymphe d'origine humaine.

Les pustules restent typiques au 36e passage (220 jours), mais la réaction générale, en particulier fébrile, est nettement atténuée. Une réserve s'impose du fait des réactions individuelles différentes, et l'auteur se réserve de renouveler dans plusieurs années la vaccination chez les mêmes sujets avec un vaccin d'origine animale.

Cependant, les constatations cliniques ont été confirmées par des recherches expérimentales.

II. *Partie expérimentale* (H. Herzberg-Kremmer et K. Herzberg). — Au cours de vaccinations évoluant normalement, les auteurs ont cherché à déterminer le cycle du virus.

Dans le sang de 86 sujets (188 échantillons de sang examinés) le virus a pu être décelé du 3e au 10e jour avec maximum entre 5 et 7 jours. Après 10 jours la découverte du virus dans le sang peut donc être considérée comme anormale.

Dans le liquide céphalo-rachidien de 56 vaccinés le virus n'a pas été décelé. 16 cas publiés antérieurement par d'autres auteurs étaient également négatifs.

Enfin, on avait affirmé l'élimination normale du virus par voie pharyngée. Les frottis de muqueuse pharyngée pratiqués dans 96 cas ne contenaient pas de virus.

Ces données précises permettent de tenir compte des résultats observé chez 5 enfants ayant présenté des réactions vaccinales anormales. Le virus fut trouvé chez eux 2 fois dans le liquide céphalo-rachidien aux 6e et 12e jours. 3 fois dans le sang : aux 15, 17, 29mes jours, et 2 fois dans l'exsudat pharyngé.

Ainsi le cycle du virus est nettement troublé lorsque des incidents nerveux post-vaccinaux se produisent et il est vraisemblable qu'il joue un rôle dans le déterminisme de ces accidents.

Les modifications imposées à la lymphe vaccinale par le passage chez l'animal ont été incriminées. Netter avait, en effet, émis l'hypothèse que ce passage sur l'animal et en particulier sur le lapin pouvait faire acquérir à la lymphe des propriétés nocives expliquant l'apparition des encéphalites post-vaccinales.

Les inoculations humaines en série élèvent le titre de la lymphe: de 1/3.000 à 1/300.000 au début, elle parvient après 3 passages humains au titre de 1/2.000.000, et cependant les réactions cliniques observées, loin de devenir plus sévères, paraissent s'atténuer ainsi que l'a publié Eckstein (Voir partie clinique). Cette lymphe, dont le titre est 10 fois plus élevé que la lymphe animale d'origine, donne des réactions locales normales et des réactions générales minimes. Le titre du virus ne peut donc être incriminé dans le déterminisme des accidents, et il faut retenir l'importance de la provenance de la lymphe vaccinale à ce point de vue.

G. Dreyfus-Sée.

S. Wolff. ***Le régime de Moro dans le traitement des états diarrhéiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVI, n° 52, 26 Décembre 1930). — Le régime de Moro, qui consiste en une cure de pommes crues chez des sujets diarrhéiques, semble être une application médicale d'un procédé thérapeutique populaire employé dans certaines régions.

La cure stricte, comportant 2 journées entières avec une alimentation composée uniquement de pommes crues, a déjà été employée avec succès par de nombreux médecins. W. a eu l'occasion de l'utiliser chez 150 malades atteints d'affections dyspeptiques aiguës et en a constamment obtenu de très bons résultats. Il publie avec détails quelques-unes des observations qui lui paraissent les plus caractéristiques : diarrhées aiguës, quelques cas de diarrhées chroniques, diarrhées dysentériformes et même diarrhées cholériformes graves. Parfois le régime n'a pu être poursuivi schématiquement avec ses 2 jours de cure stricte, puis régime mixte sans lait ; dans certains cas graves, il a fallu continuer la cure stricte durant 4 jours, puis la reprendre, après une interruption de quelques jours. Mais en faisant varier la durée du régime, selon les cas, on obtient le plus souvent des résultats surprenants.

G. Dreyfus-Sée.

C. von Noorden. ***Problèmes anciens et nouveaux concernant l'alimentation*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 1, 2 Janvier 1931). — Au cours de cette conférence faite à l'association d'étude des maladies de la nutrition et des méthodes diététiques thérapeutiques, à Vienne, N. s'efforce de mettre en garde les médecins contre toute application aveugle et systématique des méthodes nouvelles diététiques.

Les travaux modernes, et en particulier ceux dérivés des méthodes de Gerson, Sauerbruch, etc., ont fort heureusement attiré l'atention de tous sur l'influence des aliments et de leurs préparation. Les médecins se sont préoccupés d'instituer des régimes susceptibles de favoriser l'état général des malades; débordant le domaine de la thérapeutique, les problèmes diététiques ont pénétré dans le grand public et l'étude des régimes optima pour gens bien portants a été mise à la mode. L'alimentation populaire avait grand besoin, en effet, d'être modifiée, et von N. passe en revue les principaux points sur lesquels ont porté ces réformes.

L'importance de l'équilibre acido-basique a été mise en évidence et dans certains états pathologiques il peut être utile d'instituer un régime favorisant le déplacement de cet équilibre dans un sens ou dans l'autre.

La déminéralisation ou la sous-minéralisation alimentaire joue un rôle important. Elle a été étudiée en particulier à propos de son influence sur le goitre. Les régimes carencés: régimes de malades, régimes déchlorurés, régimes de restriction durant la guerre, ont amené des troubles parfois sérieux. Dans le mode de préparation des aliments on sait maintenant que l'habitude ancienne de


JÉCOL
COMBRETUM... BOLDO... EVONYMINE...

cuisson des légumes et des pommes de terre dans de grandes quantités d'eau, ultérieurement rejetée, les prive de substances minérales assimilables en proportions notables. L'absorption de cette eau de cuisson réduite au minimum est une acquisition moderne dont la nécessité, actuellement connue, a modifié les préparations culinaires habituelles.

La question de la surminéralisation et de son importance a été étudiée par Sauerbruch, Hermansdorfer et on sait quelles déductions pratiques ils en ont tirées.

L'importance des substances albuminoïdes, et en particulier des substances carnées dans l'alimentation, a été méconnue. C'est à tort que les médecins ont restreint la quantité de viande pendant longtemps pour les malades nerveux par exemple, alors que les modernes ont montré que les doctrines anciennes préconisant l'alimentation carnée étaient parfaitement justifiées. « Les peuples vainqueurs étaient toujours carnivores » et le bon sens populaire ne s'est jamais laissé égarer sur ce point. La question du seigle ou du froment dans la fabrication du pain pose non seulement des questions médicales, mais encore des problèmes économiques importants.

L'interdiction systématique du café aux sujets bien portants est absurde, et s'il faut en éviter l'excès, il peut être par contre dangereux d'interdire cet excitant faible qui risque d'être remplacé par des boissons alcoolisées plus dangereuses.

Enfin la question des vitamines, des aliments crus est passée dans le domaine courant et il faut savoir gré aux diverses théories naturistes qui ont vraisemblablement joué un rôle en attirant l'attention sur l'importance de ces aliments dans les régimes usuels.

Les médecins étant persuadés maintenant de la nécessité de surveiller les régimes des sujets sains aussi bien que des malades, il faut espérer qu'ils parviendront à lutter victorieusement contre les préjugés, et qu'ils imposeront des régimes normaux sans se laisser entraîner à des excès de systématisation.

G. Dreyfus-Sée.

Burgers. ***Existe-t-il un danger du fait de la diphtérie ?*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 1, 2 Janvier 1931). — L'étude des statistiques allemandes et mondiales de ces dernières années montre une tendance nette à l'augmentation de la diphtérie, tant en ce qui concerne le nombre de cas qu'au point de vue de leur gravité. Les derniers maxima épidémiques avaient été observés en Allemagne de 1849 à 1880 et en Amérique de 1860 à 1881 et depuis cette période la courbe épidémique s'est abaissée jusqu'en 1923.

Nous savons que la diphtérie était très répandue aux XVIe et XVIIe siècles, mais nous connaissons trop incomplètement l'évolution épidémiologique de cette époque pour pouvoir en inférer des notions applicables à l'épidémie actuelle; il est donc impossible de prévoir avec certitude une nouvelle vague épidémique un peu moins élevée que la précédente pour la prochaine période de trente ans. Cependant les faits observés, aussi bien que cette hypothèse épidémiologique, doivent faire intensifier les mesures prophylactiques. Et B. s'élève contre certaines publications qui tendent à faire douter de l'efficacité des mesures d'isolement et de prévention; le public doit au contraire être éduqué par tous procédés, afin de permettre un traitement aussi précoce que possible et un isolement absolu dès le début de l'affection. En outre il importe de multiplier les vaccinations. A ce point de vue, il est à souhaiter que les méthodes d'immunisation percutanée actuellement à l'étude fassent leurs preuves, car elles permettraient une extension plus considérable de la vaccination, alors que les injections sous-cutanées se heurtent souvent à une opposition systématique de la part des parents.

G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

J. Ammerschlager. ***Le diagnostic de la méningite tuberculeuse par l'épreuve du glycyltryptophane*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIX, n°s 1 et 2, Novembre 1930). — Les auteurs ont mis en évidence le pouvoir lytique du liquide céphalo-rachidien à l'égard du glycyltryptophane et ont pensé trouver là un signe de la méningite tuberculeuse, idée confirmée, d'ailleurs, par un certain nombre d'auteurs. Si la valeur de ce signe se vérifiait, elle serait importante puisqu'on ne retrouve que 20 à 30 fois sur 100 des bacilles dans la méningite tuberculeuse et puisqu'aucun des autres signes proposés jusqu'ici n'est décisif.

A. a poursuivi des recherches à ce point de vue dans 14 cas de méningites diverses selon la méthode de Mandelbaum et il a constaté que dans la méningite de la base, ce pouvoir lytique est constamment observé, mais qu'il se retrouve également dans la méningite non tuberculeuse si le nombre des cellules atteint au moins 500.

Dans les cas non tuberculeux accompagnés d'augmentation du pouvoir fermentatif on peut tirer des conclusions pronostiques d'une diminution de ce pouvoir, Mais ce signe ne permet pas d'affirmer quoi que ce soit dans les cas douteux.

P.-E. Morhardt.

A. Peipers. ***Eosinophilie et allergie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIX, n°s 1 et 2, Novembre 1930). — L'auteur passe en revue 113 cas d'asthme bronchique au point de vue des cutiréactions d'une part et de l'éosinophilie d'autre part et il constate que ces deux phénomènes ne sont pas indissociables. Parmi ces malades, en effet, 71 (soit 63 pour 100) présentent une éosinophilie de plus de 4 pour 100. Sur ce nombre, 56 (soit 49,5 pour 100) ont une cuti-réaction positive. Inversement, la cutiréaction est positive seulement dans 27 cas sur les 42 restants.

L'éosinophilie est une manifestation clinique de l'allergie et d'une tendance à faire un accès. Inversement, la cutiréaction s'observe souvent en cas de latence clinique.

Quand la cutiréaction est négative, l'éosinophilie doit faire rechercher une étiologie allergique. L'auteur a essayé en vain de rendre plus nette la signification de la cutiréaction en recherchant l'éosinophilie qui s'observe après injection de l'allergène spécifique.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Jürgens et Herbert Trautwein. ***La fibrinopénie et la fibrinogénopénie chez l'adulte et remarques sur l'origine du fibrogène*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIX, n°s 1 et 2, Novembre 1930). — On ne connaît jusqu'ici d'après J. et T. que 3 cas de diathèse hémorragique avec disparition complète du fibrinogène (Rabe et Salomon, Opitz et Frei, Opitz et Silberberg). Dans ces 3 cas, il s'agit d'enfants. L'observation apportée par l'auteur concerne un adulte et c'est la première de ce genre.

Il s'agit d'un homme de 52 ans hospitalisé pour hémorragie incoercible de l'urètre. Ce patient présente des douleurs et de la fatigue depuis un an et, depuis quelques jours, des hémorragies abondantes par le nez, les gencives et l'urètre. L'examen montre en outre des suffusions sanguines et une petite prostate. Le temps de saignement est de 30 minutes d'après Duke et la coagulation ne se fait pas, même en 48 heures. La recherche du fibrinogène est entièrement négative. Mais les thrombocytes s'élèvent à 350.000 et en ajoutant du fibrinogène au sang on provoque la coagulation. Comme les hémorragies persistent et que l'anémie s'aggrave rapidement on fait une transfusion de sang qui améliore passagèrement les choses. On procède ensuite à une irradiation de la rate, thérapeutique qui paraît améliorer l'état du malade qui, cependant, une dizaine de jours plus tard, recommence à avoir des hémorragies d'une extrême violence que rien n'arrête et qui entraînent la mort.

L'autopsie ne montre pas d'autres lésions qu'un petit cancer de la prostate avec métastases étendues de la moelle osseuse.

L'auteur s'est demandé tout d'abord, en présence de cette observation, si la disparition du fibrinogène conduit nécessairement à une diathèse hémorragique. Il a soumis des lapins à un traitement par l'héparine qui a rendu le sang incoagulable sans cependant faire apparaître une diathèse hémorragique, maladie dans laquelle, par conséquent, l'état des vaisseaux doit jouer un rôle important, conformément aux théories actuelles.

Chez le malade en question on avait pensé, au début, à une affection du foie; aussi l'auteur commente-t-il les travaux qui ont été faits sur ce sujet et il arrive à la conclusion que si beaucoup de faits parlent en faveur de la théorie qui représente le foie comme l'organe où se fabrique le fibrinogène, par contre, dans le cas particulier, l'absence de lésion de cet organe fait penser que l'appareil hématopoïétique est intervenu. En tout cas, la moelle, chez ce malade, est fibreuse et on n'arrive pas à constater qu'il s'y forme des globules du sang. Le cancer qui l'a envahie a vraisemblablement agi d'une façon toxique sur la moelle osseuse non détruite.

Pendant la vie du malade, on a pratiqué à plusieurs reprises des prélèvements de sang pour en faire l'analyse au point de vue protéine. On a ainsi constaté une diminution considérable, absolue et relative, du fibrinogène tandis que les sérines et les globulines sont en proportion normale. On n'a cependant pas constaté que ce sang soit doué de propriétés fibrinolytiques. Quant à la thrombine, elle était plutôt augmentée par rapport aux chiffres normaux. Dans ces conditions, il semble bien que le foie ne puisse pas être considéré comme le seul organe où se forme le fibrinogène et que l'appareil hématopoïétique dans son ensemble intervient également.

P.-E. Morhardt.

DER CHIRURG

F. Merke. ***Les causes d'échec du traitement iodé préopératoire de la maladie de Basedow*** (*Der Chirurg*, tome II, n° 24, 15 Décembre 1930). — La crainte du traitement chirurgical du goitre a fait place depuis la connaissance du traitement par l'iode à un enthousiasme progressif. Les premières critiques opposées à la méthode prétendaient que les statistiques favorables étaient expliquées par le choix de malades légers, mais des publications récentes ont montré le mal fondé de ces reproches. Zondek a publié des résultats favorables concernant 60 basedowiens graves opérés avec un seul décès.

M. étudie les conditions dans lesquelles doit être poursuivi le traitement iodé et comment il doit être contrôlé afin de recourir à l'intervention avec le maximum de chances de succès.

Il insiste en particulier sur la nécessité de répéter les recherches de M. B. La constatation seule d'une amélioration clinique : régression de la tachycardie, augmentation de poids, est certainement insuffisante pour justifier une indication opératoire.

L'effet de la cure de lugol est différent selon la forme de goitre en cause. M. distingue à ce point de vue les goitres basedowiens, les goitres basedowifiés et les goitres toxiques.

Les goitres basedowiens légers peuvent guérir, mais dans les cas accentués la structure basedowienne persiste partiellement même après un trai-

tement prolongé par l'iode: tantôt on note la persistance d'îlots non modifiés, tantôt l'involution histologique est diffuse mais incomplète. A ce stade la poursuite du traitement par le lugol ne détermine plus d'amélioration clinique, mais au contraire risque de déterminer une poussée.

Les goitres basedowifiés qui présentent ordinairement avant tout traitement une teneur en iode plus élevée que les précédents bénéficient moins qu'eux de la thérapeutique par le lugol.

Les goitres toxiques enfin dont la structure histologique n'est pas caractéristique du basedow et dont la teneur en colloïde et en iode est généralement normale sont le plus souvent iodo-résistants, cliniquement et histologiquement.

La thyroïdectomie, pour être pratiquée au moment optimum, doit être décidée lorsque les résultats du traitement préopératoire auront atteint leur maximum (résultats cliniques et surtout M. B. réduits). On maintiendra encore quelques jours le traitement pour laisser l'organisme s'adapter complètement à ses nouvelles conditions avant d'opérer.

Cette étroite collaboration médico-chirurgicale réduira les échecs opératoires et permettra de guérir nombre de goitres grâce au traitement iodé constituant soit une thérapeutique curatrice, soit le premier temps du traitement chirurgical.

G. Dreyfus-Sée.

MITTEILUNGEN AUS DEN GRENZGEBIETEN DER MEDIZIN und CHIRURGIE (Iéna)

A. Fonio. ***Etat du sang et coagulation dans un cas de thrombasthénie infantile héréditaire de Glanzmann*** (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XLII, n° 2, 1930). — Il s'agit d'un enfant de 4 ans chez lequel on a remarqué, dès l'âge de 3 ou 4 mois, des taches purpuriques qui ont été en se multipliant parfois même, semble-t-il, d'après la mère, par poussées. Des hémorragies rénales, nasales, etc., sont bientôt venues aggraver l'état de l'enfant.

Quand l'auteur a eu l'occasion de l'observer, il a constaté une anémie légère et un nombre de plaquettes fortement augmenté (700.000). Le temps de coagulation est légèrement augmenté. La rétractilité du caillot est diminuée (1 à 3 mm. au lieu de 6 à 8), le temps de saignement est prolongé. La coagulation est donc troublée principalement au cours de sa troisième phase, c'est-à-dire au cours de la rétraction du caillot.

Les plaquettes sanguines présentent des anomalies. Elles n'ont pas tendance à former des amas ni à s'agglutiner. Elles ne donnent pas non plus naissance à des prolongements. Leur diamètre représente en moyenne la moitié ou le tiers d'un érythrocyte et on trouve des formes géantes dépassant les dimensions de l'érythrocyte. Les bords de ces plaquettes sont nettement limités et le nombre des granules généralement diminué. Ces productions présentent également des vacuoles. Il est très rare qu'on observe des plaquettes avec des granules nombreux et fortement colorés et avec des prolongements protoplasmiques donnant l'apparence d'une goutte écrasée.

Ainsi dans ce cas, les plaquettes auraient perdu la propriété de se réunir en amas et l'auteur propose de désigner des états de ce genre sous le nom de *athrombose*. La thrombocytose observée en pareil cas devrait donc être considérée comme un phénomène compensateur. D'ailleurs pour Leschke, dans le purpura thrombopénique, ce n'est pas de la thrombopénie qui est déterminante, mais une insuffisance constitutionnelle du tissu qui donne naissance aux plaquettes.

P.-E. Morhardt.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

F. Fraser. ***Résultats du traitement du goitre exophtalmique*** (*The British Medical Journal*, n° 3645. 15 Novembre 1930). — La question du traitement de la maladie de Basedow reste très controversée: partisans du traitement médical et du traitement chirurgical s'affrontent et publient des statistiques. Malheureusement, l'appréciation d'un résultat thérapeutique est très difficile chez ces malades, du fait des alternatives d'amélioration et d'aggravation qui surviennent chez eux en dehors de tout traitement. D'autre part, la guérison spontanée s'observe à la longue chez beaucoup de basedowiens. F., dont l'expérience de ces malades est grande et ancienne, publie une statistique intéressante, non par le nombre des malades (50 en tout), mais par le fait que ces malades ont été suivis par lui depuis cinq à dix ans. Parmi ceux-ci, 24 furent opérés, et 26 traités médicalement (radiothérapie exceptée). Dans l'un et l'autre groupe, il y a des cas graves ou des cas moyens. Le principal fait qui ressort de cette statistique est la mortalité beaucoup plus forte dans le groupe médical (10 contre 3). En outre, le nombre des guérisons est un peu plus grand dans le groupe chirurgical.

D'autre part, les goitres basedowifiés dont le pronostic est beaucoup plus grave que celui du basedow primitif, lorsque le traitement médical est employé, guérirent par la thyroïdectomie dans la même proportion que les basedow purs.

En conclusion, le traitement chirurgical est surtout à conseiller dans les basedows secondaires, ou dans les basedow primitifs qui ne présentent aucune tendance à la guérison, après plusieurs années de traitement médical.

Il est regrettable que les résultats de la radiothérapie n'aient pas été envisagés dans cette statistique, qui perd ainsi beaucoup de son importance pour les Français.

R. Rivoire.

W.-E. Cooke. ***Pneumokoniose due à la suie*** (*The British Medical Journal*, n° 3645. 15 Novembre 1930). — C. rapporte une observation intéressante parce qu'unique dans la littérature médicale d'une pneumokoniose survenue chez un ouvrier nettoyant des cheminées de chaudière. Celui-ci était employé depuis plus de 9 ans à ce travail; il tomba malade en Juillet, et mourut en Septembre. Les examens de crachats furent négatifs au début, puis des bacilles de Koch apparurent peu de temps avant sa mort.

A l'autopsie, on trouve des poumons totalement imprégnés de suie, avec de la fibrose et des foyers de bacillose disséminée. Mais la preuve n'est pas faite de la pneumokoniose isolée, et il semble en réalité plus vraisemblable d'admettre l'apparition d'une tuberculose pulmonaire rapide, l'imprégnation des poumons par la suie ayant peut-être favorisé cette infection.

R. Rivoire.

J. Ewing. ***Le problème du mélanome*** (*The British Medical Journal*, n° 3646. 22 Novembre 1930). — Malgré les travaux récents de Masson, le problème des tumeurs mélaniques reste très obscur. Un point cependant semble acquis: l'origine de la cellule nævique, qui se développe sans doute aux dépens des terminaisons périphériques des nerfs sensoriels; l'origine épithéliale des tumeurs mélaniques semble à l'heure actuelle difficilement soutenable.

Il existe une parenté entre la cellule nævique et le chromatophore: on peut voir les 2 types de cellules dans les nævi, et des éléments de transition. Cependant le chromatophore adulte semble vivre d'une vie indépendante et fonctionner sans relations avec la cellule nævique.

Lorsqu'un mélanome se développe, il naît aux dépens des cellules næviques et des chromatophores du derme, mais aussi aux dépens des îlots de ces cellules aberrantes intra-épidermiques: d'où l'aspect épithélial qu'a souvent le mélanome à l'examen microscopique. Le mélanome a d'importantes relations avec la maladie de Recklinghausen, ce qui renforce l'hypothèse de l'origine nerveuse de cette tumeur.

R. Rivoire.

J.-B. Banister. ***L'albuminurie de la grossesse et ses conséquences éloignées*** (*The British Medical Journal*, n° 3646, 22 Novembre 1930). — Si l'albuminurie de la grossesse est extrêmement fréquente, bien rares sont cependant les travaux entrepris pour vérifier si cette albuminurie ne laisse pas comme séquelle une altération quelconque du rein; si notamment l'albumine apparaît dans l'urine de ces malades lors des grossesses ultérieures; si enfin une néphrite chronique ne survient pas plus souvent que d'ordinaire chez les femmes ayant présenté de l'albumine au cours d'une grossesse. B. a entrepris une enquête afin d'essayer de répondre à ces questions. Malheureusement la tâche est difficile, du fait de l'impossibilité d'avoir un assez grand nombre d'observations s'étendant sur de nombreuses années. Il est cependant arrivé à quelques conclusions intéressantes. En premier lieu, lorsqu'une femme a eu au cours d'une grossesse une légère poussée d'albuminurie, sans éclampsie, il est exceptionnel de voir celle-ci récidiver au cours d'une grossesse ultérieure. Au contraire, les malades ayant eu une crise d'éclampsie ont souvent une récidive, dans un tiers des cas environ : et beaucoup plus souvent lorsqu'il s'agissait d'éclampsie s'accompagnant d'hypertension artérielle, et réagissant mal au traitement. Quant à l'importance de l'albuminurie gravidique en tant que facteur étiologique de la néphrite chronique, B. n'a pu observer aucun cas lui permettant de conclure par l'affirmative.

R. Rivoire.

M. Alston et **D. Stewart.** ***Fréquence des différents types sérologiques de pneumocoques dans la pneumonie lobaire*** (*The British Medical Journal*, n° 3646, 22 Novembre 1930). — Depuis les travaux de Dochez, de nombreux auteurs ont étudié la fréquence relative des types de pneumocoques comme microbe pathogène de la pneumonie: les résultats ont varié sensiblement suivant les pays et suivant les années.

A. et S. ont refait une statistique sur les années 1929 et 1930: 186 cas de pneumonie survenus à Edimbourg ont donné les résultats suivants :

29 pour 100 de type I; 40 pour 100 de type II; 4 pour 100 de type III; 27 pour 100 de type IV.

Ces résultats se rapprochent sensiblement des autres résultats observés en Angleterre : le type III est fort rarement en cause dans la pneumonie lobaire; par contre il est de beaucoup le plus pathogène, la mortalité dans ce groupe étant de 74 pour 100. Au contraire, la mortalité dans le groupe IV est de beaucoup la plus faible, atteignant seulement 10 pour 100.

R. Rivoire.

J.-F. Wilkinson. ***Traitement de l'anémie pernicieuse par l'estomac de porc ; étude de 108 cas*** (*The British Medical Journal*, n° 3654. 17 Janvier 1931. — W. est un des premiers à avoir étudié la nouvelle méthode de traitement de l'anémie pernicieuse. Il apporte aujourd'hui une statistique de 108 cas réellement étonnante, à la fois par son chiffre et par les résultats obtenus. Etant donné la personnalité de W., directeur du laboratoire de recherches de Manchester, il n'y a cependant

pas de raisons de mettre en doute ses observations, qui semblent prouver à l'évidence que l'extrait d'estomac est un agent anti-anémique très nettement plus puissant que le foie.

Cette statistique s'étend sur une période de 18 mois. Tous les malades, en raison des difficultés de se procurer des estomacs frais, ont été traités par de la poudre d'estomac desséchée, fabriquée par la Benger's Food Society (Manchester), à la dose de 25 gr. par jour; Il est essentiel de peser chaque fois la dose, car les mesures par cuillerées à soupe sont fallacieuses, étant donné le caractère extrêmement léger et grumeleux de la poudre. Enfin il est indispensable de ne pas mêler la poudre à des aliments chauds, qui tuent la substance anti-anémique.

Sur les 108 malades traités par W., aucun ne s'est montré résistant à la thérapeutique, ce qui est un résultat très supérieur à celui observé habituellement avec le foie. Sur les 108 malades, les uns n'avaient jamais été soignés, les autres avaient été traités par le foie et avaient récidivé, le plus souvent pour avoir cessé la médication.

L'action du traitement sur les hématies et sur l'hémoglobine est très rapide, un chiffre normal d'hématies étant atteint en quelques semaines, quelle que soit l'intensité de l'anémie. Mais, à l'inverse de ce que l'on observe dans la méthode de Whipple, hématies et hémoglobine ne progressent pas simultanément: il y a une progression par échelons, différente pour chacun d'eux. Une crise réticulocytaire s'observe au début du traitement, comme avec le foie, mais plus intense, atteignant 40 pour 100.

Lorsque le traitement est continué longtemps, le chiffre des hématies tend le plus souvent à dépasser les chiffres normaux, atteignant dans plusieurs cas 7 à 8.000.000. Afin d'éviter cette érythrémie secondaire, qui d'ailleurs rétrocède dès que la poudre d'estomac est supprimée, il y a intérêt, lorsque le chiffre des hématies est devenu normal, à diminuer la dose quotidienne de médicament jusqu'à ce que l'on ait trouvé la dose convenable pour un état d'équilibre, dose généralement comprise entre 5 et 10 gr.

Le traitement est sans influence sur l'achylie gastrique, qui persiste même après plusieurs mois. De même les cas s'accompagnant de dégénérescence postéro-latérale de la moelle n'ont pas été guéris complètement, quoique la plupart aient vu leurs symptômes nerveux s'atténuer très sensiblement.

R. Rivoire.

G. Carmichael, Low et H. Fairley. ***Infections de laboratoire et hospitalières de fièvre jaune en Angleterre*** (*The British Medical Journal*, n° 3655, 24 Janvier 1931). — Depuis que le singe est utilisé comme animal de laboratoire pour l'étude de la fièvre jaune, un certain nombre de travailleurs de laboratoire ont contracté la maladie par infection directe, sans l'intermédiaire du stégomya fasciata. Cette infection se fait certainement par passage du germe à travers les téguments souillés par du sang infecté, et un certain nombre d'observations sont à cet égard démonstratives: en particulier, les 3 cas rapportées par C., L. et F., qui sont frappants. Un assistant de laboratoire, qui manipulait des singes atteints de fièvre jaune, tombe malade et fait une forme atténuée de la maladie. Le 11 Juillet, un autre assistant examine du sang du malade, et, dix jours plus tard, contracte lui aussi la fièvre jaune. Le 24 Juillet, un troisième assistant fait un examen de sang du second malade, et, 10 jours plus tard, tombe malade également, d'une forme suraiguë de fièvre jaune qui l'emporte en quelques jours. Les deux derniers assistants de laboratoire n'avaient jamais aucun contact avec les singes infectés, ni avec les malades: de sorte que l'inoculation de la maladie n'a pu se faire que par manipulation du sang.

Il s'agit là d'une véritable inoculation expérimentale, qui montre combien est grande la virulence du sang des malades atteints de fièvre jaune, au moins pendant les 5 premiers jours de la maladie. Cette notion de contagiosité directe par le sang explique probablement la diffusion extrême des épidémies de la maladie. En tout cas, elle exige pour les médecins qui manipulent du sang de malade ou de singe atteints de fièvre jaune les précautions les plus strictes: le port des gants notamment doit être considéré comme indispensable, et a d'ailleurs été rendu obligatoire au laboratoire de l'hôpital de maladies tropicales de Londres, où les malades ci-dessus ont été contaminés.

R. Rivoire.

THE LANCET
(Londres)

A. Osman. ***La valeur des alcalins dans le traitement des néphrites chroniques*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5592, 1er Novembre 1930). — Depuis plusieurs années, l'auteur emploie l'alcalinisation par de fortes doses d'alcalins pour le traitement symptomatique de l'œdème des néphrites. L'auteur expose aujourd'hui les résultats de 7 ans de cette pratique. Il donne les résultats de la méthode chez 40 malades atteints de néphrite chronique datant de plusieurs années.

En premier lieu, l'auteur ne se vante pas de guérir les néphritiques: il se contente de leur rendre la vie et le travail possibles pendant plusieurs années en les débarrassant de l'œdème, et en leur permettant un régime alimentaire normal.

Un fait semble incontestable; l'action des alcalins sur l'œdème. Par quel mécanisme? Il est probable que l'alcali agit indirectement, en augmentant la concentration des protéines du sérum. En outre, au cours du traitement, l'albuminurie diminue, puis disparaît dans les cas favorables.

Le danger du traitement est la tétanie, qui peut apparaître si les doses d'alcalins administrées sont trop fortes: dans 2 cas, la mort survint à la suite de cet accident. Aussi ne faut-il entreprendre ce traitement qu'après avoir vérifié l'existence (habituelle, mais non constante) de l'acidose. De même il faut, au moins pendant les premières semaines, vérifier régulièrement le pH du sang, suspendre le traitement et donner du calcium en cas d'apparition d'alcalose.

En dehors de ces restrictions, il semble que la méthode d'Osman présente un grand intérêt, non seulement théorique, mais encore pratique, pour le traitement des néphrites chroniques hydropigènes. Plusieurs de ses malades absorbent tous les jours 12 gr. d'alcali depuis 5 ou 6 ans, avec réapparition de l'œdème dès que le médicament est supprimé. L'action symptomatique de cette médication est donc incontestable, et mérite d'être connue; il semble que son action soit plus intense que celle du régime déchloruré, et surtout les malades s'y plient plus facilement.

R. Rivoire.

H. Burrows. ***Paralysie des capillaires de la main consécutive aux plaies de l'avant-bras*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5592, 1er Novembre 1930). — B. rapporte plusieurs observations de paralysie des capillaires de la main, réalisant le syndrome de la « main figée » de Meige, Babinski et Lévy. Le fait intéressant est que cette paralysie des vasoconstricteurs, consécutive à des plaies de guerre, a été observée, dans les cas cités par l'auteur, à la suite de blessures ne touchant ni les troncs nerveux, ni les paquets vasculaires de l'avant-bras. Or, il est admis par tout le monde que les filets sympathiques vasoconstricteurs suivent les trajets artériels. L'auteur a construit un schéma dans lequel sont représentés par une ligne droite le trajet des projectiles ayant causé la blessure de ses malades: toutes ces lignes se croisent invariablement en un point situé un peu en avant de la membrane interosseuse. Il semble bien exister un courant vasoconstricteur qui accompagne l'artère interosseuse antérieure, pour aller innerver les capillaires de la main: l'embryologie fortifie cette hypothèse, qui nous enseigne que l'artère interosseuse est originellement le courant artériel principal de l'avant-bras. Si cette découverte est confirmée, elle expliquerait l'échec fréquent des sympathectomies périartérielles dans le traitement des spasmes capillaires de la main, en particulier dans la maladie de Raynaud, et permettrait peut-être de lui substituer une intervention plus efficace.

R. Rivoire.

I. Bennet, C. Dodds et D. Robertson. ***Etude des cas de diminution de la concentration protéique du plasma, avec œdème, mais sans albuminurie, et leurs relations avec la néphrose*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5593, 8 Novembre 1930). — Pour beaucoup d'auteurs, la lésion originelle de la néphrose lipoïdique serait sanguine : la diminution de la concentration protéique du plasma tiendrait à une modification qualitative des albumines du sang, qui sont alors éliminées par le rein; d'autre part, l'œdème apparaît par suite de la diminution de la concentration protéique du plasma. Enfin, la filtration continuelle de l'albumine à travers le rein finit par altérer celui-ci: d'où lésions rénales secondaires. Récemment Bucker et Kirk ont, paraît-il, reproduit chez des chiens les principaux symptômes de la néphrose en leur soustrayant plusieurs jours de suite des quantités importantes de sang, qu'ils réinjectaient après avoir séparé le plasma par centrifugation, et l'avoir remplacé par du sérum physiologique: à l'aide de cette « plasmaphorèse », ils ont provoqué l'apparition d'œdème et d'hypercholestérinémie, puis d'albuminurie: l'autopsie révéla l'existence de lésions tubulaires rénales analogues à celles observées dans la néphrose.

Pour démontrer que cette plasmaphorèse ne peut déclancher à elle seule la néphrose, les auteurs ont dosé les albumines plasmatiques de malades atteints d'ascites abondantes, chez lesquels on pouvait supposer qu'il existait une déperdition importante d'albumine par filtration dans le péritoine. En fait, l'albumine s'est montrée extrêmement abaissée chez la plupart de ces malades: cependant, si l'œdème existait habituellement dans ces cas, il n'y avait ni hypercholestérinémie, ni albuminurie et l'autopsie chez plusieurs d'entre eux ne révéla aucune lésion rénale.

En réalité, il ne semble pas qu'il faille conclure grand'chose du travail des auteurs: l'abaissement de la concentration protéique chez leurs malades était peut-être lié à une insuffisance hépatique grave, plutôt qu'à la filtration des albumines dans le péritoine. Un fait cependant subsiste, important : l'œdème si fréquent chez les cirrhotiques est sans doute en relation avec l'abaissement de la concentration protéique plasmatique, au moins pour une part.

R. Rivoire.

R. Cruickshank. ***La réaction de Dick au cours de la grossesse; ses relations avec l'infection puerpérale*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5593, 8 Novembre 1930). — Encore un travail sur la valeur de la réaction de Dick comme test de la prédisposition à l'infection puerpérale. L'enquête a porté sur une série de 600 femmes enceintes; comme les précédents travaux, celui-ci conclut à la valeur nulle de cette réaction.

De plus, l'auteur a étudié les proportions de réactions positives chez les primipares et les multipares et chez les femmes ayant déjà présenté une infection à streptocoque (scarlatine, amygdalites à répétition, infection puerpérale): il y a peut-être une sensibilité plus grande chez les primipares;

mais les femmes ayant eu une infection puerpérale ou une scarlatine antérieurement ont fourni un contingent de réactions positives exactement semblables aux autres : 25 pour 100 environ. Ce qui jette un doute important sur la valeur de la réaction de Dick, non seulement dans son application à la puerpéralité, mais encore d'un point de vue beaucoup plus général.

R. Rivoire.

F. W. Twort. ***L'agent bactériolytique filtrable et transmissible (bactériophage)*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5594, 15 Novembre 1930). — T. est célèbre par sa découverte du principe bactériolytique, qu'il fit en 1915; depuis cette découverte, Twort n'avait plus rien publié sur la question, à tel point que d'autres auteurs devinrent, pour le grand public, les inventeurs du bactériophage. Mais ces mêmes auteurs, ne se contentant plus de leur gloire, entreprirent un jour de déposséder Twort de sa découverte, et de démontrer que l'agent bactériolytique transmissible et filtrable décrit par lui n'avait rien de commun avec leur « bactériophage ». Cette prétention pour le moins exagérée réussit du moins à faire sortir T. de son silence; dans un article digne et mesuré, il réfute sans peine les arguments spécieux de ses contradicteurs: sans affirmer l'unité absolue du bactériophage, il rappelle qu'il décrivit à l'origine plusieurs races de bactériophage, et que sans doute d'Hérelle et ses collaborateurs ont travaillé sur une race un peu différente des siennes, cela expliquant les infimes différences relevées et mises en valeur par ces derniers auteurs. Il semble en tout cas difficile de faire état de tout cela pour enlever à T. le mérite de sa belle découverte.

R. Rivoire.

W. Turner Warwick. ***L'insuffisance des valvules veineuses, et ses rapports avec les varices*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5598, 13 Décembre 1930). — La question est toujours irrésolue de la cause des varices : sont-elles dues à une altération des parois veineuses ou à une insuffisance des valvules veineuses? T. W. a entrepris une série d'expériences sur le cadavre afin de vérifier l'importance de cette insuffisance valvulaire comme facteur étiologique. Pour cela, il injectait dans la veine tibiale de sujets jeunes du bromure de sodium sous pression, et des clichés radiologiques étaient pris qui permettaient de se rendre compte de l'existence ou de l'absence de reflux dans les veines superficielles. Il put distinguer ainsi trois types veineux suivant l'efficacité valvulaire :

1° Un type normal (80 pour 100) dans lequel aucun réflexe ne se fait dans le système veineux superficiel, quelle que soit la pression d'injection du liquide.

2° Un type variqueux saphène interne, dans lequel il y a insuffisance valvulaire dans les perforantes et reflux à basse pression dans le système saphène interne (10 pour 100).

3° Un type variqueux saphène externe, caractérisé par l'insuffisance valvulaire des veines musculaires du triceps sural, avec réflux dans le territoire de la saphène externe (10 pour 100).

Il est probable que l'anomalie congénitale des deux derniers types permet le développement des varices, à condition que les facteurs favorisants entrent en jeu: hypotonie musculaire, position debout prolongée, affaiblissement des parois veineuses (grossesse, infections, phlébites).

J. Walton. ***Les obstructions neuro-musculaires du tractus gastro-intestinal*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5599, 20 Décembre 1930). — Dans ce très intéressant travail, l'auteur s'efforce de systématiser et de rapprocher, en partant de données physiologiques, toute une série d'affections siégeant soit sur l'œsophage, soit sur l'estomac, soit sur l'intestin. D'une manière générale; le sympathique dilate le conduit digestif, diminue le péristaltisme et resserre les sphincters, tandis que le vague augmente le tonus musculaire et le péristaltisme, et dilate les sphincters. Cet équilibre physiologique permet de distinguer trois variétés d'obstruction paralytique du conduit digestif : l'une due à la paralysie des deux systèmes (c'est la dilatation aiguë de l'estomac et l'iléus paralytique); la seconde liée à une paralysie relative du vague, ou à une hyperaction du sympathique (c'est la gastrite hypotonique, l'iléus duodénal, le spasme colique ou entérique); la dernière enfin est due à une paralysie des fibres sphinctériennes du vague: dans celle-ci, l'auteur fait entrer le cardiospasme et le mégacôlon, ou maladie de Hirschsprung, deux affections qui sont certainement parentes par la symptomatologie et l'anatomie; la première serait due à un spasme ou plutôt à l'achalasie du sphincter cardiaque, la seconde au spasme du sphincter rectal. La section des rami sympathiques sacrés aurait d'ailleurs, paraît-il, une action remarquable dans la maladie de Hirschsprung, de même que la dilatation rectale qui détruit les fibres motrices du sphincter. On sait que la dilatation du cardia est aussi le traitement de choix du cardio-spasme.

R. Rivoire.

R. Lynch et **Scovell.** ***Toxicologie du thallium*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5599, 20 Décembre 1930). — L. et S. ont observé 3 intoxications mortelles chez 3 frères de 5 à 10 ans, dues à une dose de thallium dix fois trop forte, ingérée dans un but dépilatoire, pour le traitement de la teigne. Ces intoxications, très rapidement mortelles du fait de la dose massive, se traduisirent à l'examen post-mortem par des lésions dégénératives disséminées, particulièrement intenses dans le myocarde et le système nerveux, assez semblables à celles que l'on observe dans l'intoxication aiguë par le plomb (métal dont le thallium est très voisin par ses propriétés physiques et chimiques).

A l'occasion de ces trois cas mortels, L. et S. passent en revue les cas publiés d'intoxication par le thallium, qui bien souvent sont survenus avec des doses considérées comme très voisines des doses thérapeutiques. Ils concluent que la dépilation par le thallium doit être proscrite comme dangereuse, et pas plus efficace que la dépilation par les rayons X.

R. Rivoire.

Les médecins de l'infirmerie royale d'Edimbourg. ***Traitement de la pneumonie par le sérum concentré*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5600, 27 Décembre 1930). — Une étude analogue a été faite du sérum de Felton à Edimbourg. Les résultats obtenus sont analogues, mais l'enquête a été mieux faite, un pneumonique sur deux seulement étant soigné par le sérum, l'autre servant de témoin. La mortalité fut nettement inférieure dans le groupe traité; de plus, la crise fut notablement avancée, 50 pour 100 des malades la faisant le cinquième jour ou plus tôt.

Il semble donc que le sérum de Felton ait une action nette sur la durée et la gravité de la pneumonie. Malheureusement il n'agit que sur les pneumonies à pneumocoques A et B, n'ayant aucune action sur le pneumocoque C, le plus grave mais heureusement le plus rare. L'action du sérum est en outre d'autant plus nette que l'injection est faite plus tôt.

L'utilité d'un sérum antipneumococcique actif est moins grande en France que dans les pays anglo-saxons, car la pneumonie y est moins grave : il serait cependant intéressant de l'utiliser dans les formes malignes des pneumococcies.

R. Rivoire.

Les médecins de l'infirmerie royale de Glasgow. ***Traitement de la pneumonie par le sérum de Felton : étude préliminaire basée sur 58 cas*** (*The Lancet*, tome CCXIX, n° 5600, 27 Décembre 1930). — Le sérum de Felton est un sérum américain antipneumococcique A et B, dont on a vanté depuis quelque temps l'efficacité. Une provision de ce sérum a été distribuée à plusieurs hôpitaux anglais, afin de vérifier son action. Le rapport des médecins de l'hôpital de Glasgow est nettement favorable au sérum. Chaque malade atteint de pneumonie recevrait, dès son entrée, une dose de 10.000 unités (10 cmc) de sérum, par voie intraveineuse, dose qui était répétée plusieurs fois si l'identification bactériologique du germe obtenu par inoculation de crachats à la souris ou par ponction pulmonaire montrait qu'il s'agissait d'un pneumocoque A ou B. Les accidents anaphylactiques sont rares avec ce sérum, qui est désalbuminé, aussi bien les accidents immédiats que les accidents tardifs. L'action du sérum a été étudiée surtout vis-à-vis de la mortalité. Celle-ci est très variable suivant l'épidémie, suivant l'âge et le sexe. Une statistique basée sur 2.000 cas antérieurs contraste nettement avec la statistique des 58 malades traités par le sérum, la différence étant de l'ordre de 50 à 70 pour 100. De même la mortalité est beaucoup plus forte dans le groupe des pneumonies à pneumocoqués C et D, sur lesquelles le sérum de Felton est sans effet.

R. Rivoire.

BOLETIN DEL INSTITUTO DE CLINICA QUIRURGICA (Buenos Aires)

R. Carrillo. ***La radiographie du quatrième ventricule*** (*Boletin del Instituto de Clinica Quirurgica*, tome VI, n° 53, 1930). — On comprend tout l'intérêt de la ventriculographie du 4e ventricule, qui a été jusqu'ici plutôt négligée par les radiographes. La ventriculographie par réplétion d'air ne donne rien; le lipiodol, au contraire, donne de très belles images. La technique d'introduction est la technique habituelle. Pour obtenir l'image de profil, le rayon devra être normal par rapport à l'apophyse mastoïde; pour obtenir la vue frontale, il devra passer par la partie la plus haute du front. On évite de la sorte l'interposition de l'image du massif facial.

Le reste de l'article comporte une iconographie des plus importantes, portant tout d'abord sur les aspects frontaux et sagittaux du ventricule normal; les différentes figures pathologiques sont ensuite reproduites et schématisées. La cavité du ventricule peut, suivant le siège et l'importance de l'obstacle, être élargie, déformée ou tronquée. Carillo rapproche des figures radiographiques les pièces d'autopsie. Le 4e ventricule peut être encore modifié en même temps que les autres cavités. Du reste, l'auteur interprète les figures ainsi obtenues avec la plus grande prudence; par exemple, une réduction en masse du 4e ventricule n'implique pas *de plano* l'existence d'une tumeur; elle peut résulter d'hypoplasie congénitale, comme dans une des planches annexées à ce remarquable mémoire.

M. Nathan.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE
Un classeur des Répertoires de Médecine pratique *est en vente à nos bureaux au prix de* 5 francs; *France et étranger*, 9 francs *(envoi franco)*. (N° 530)

Ptoses digestives

Sous ce nom, on désigne un syndrome complexe de déséquilibre abdominal, se traduisant par un ensemble de signes physiques et fonctionnels, dus aux troubles apportés dans la statique des organes abdominaux. Les causes en sont aussi nombreuses que mal définies (mécaniques, organiques, nerveuses, endocrino-sympathiques). Le terrain héréditaire ou acquis est un facteur primordial.

I. — *Hygiène thérapeutique.*

1° *Repos* physique relatif et moral. Chez les grands ptosiques, repos absolu au lit. Vie à la campagne, en plein air, à l'altitude, dans un climat tonique et ensoleillé.

2° *Régime* joue un rôle primordial et devra être bien réglé, notamment par la clino-digestion (Carnot): petit déjeuner et repas de midi peu copieux, constitué par aliments de consistance liquide ou molle, à passage rapide, très aqueux et de petit volume (viande crue, pulpée, ou viande cuite en hachis, purées et pâtes demi-fluides, œufs crus, fromage râpé, lait écrémé, gelées sucrées). Repas du soir sera pris au lit ou suivi du coucher immédiat et se composera de soupes aux légumes et aux pommes de terre, bouillies épaisses, purées, pâtes, légumes verts, entremets sucrés, compotes de fruits.

II. — *Traitement médicamenteux.*

1° *Médication sédative.* — Tous les agents antispasmodiques, séparément et alternativement ou en les asssociant : bromures, valériane, belladone, atropine, jusquiame, génésérine, benzoate de benzyle, papavérine. Voici quelques formules :

Bromure de sodium.................................. 20 gr.
Eau distillée.. 300 gr.

Une cuillerée à soupe au milieu du repas de midi et une heure avant le repas du soir (Leven).

Ou bien :

Camphre monobromé.............................. 0 gr. 10
Extrait de jusquiame............................... 0 gr. 05
Extrait de belladone............................... 0 gr. 01

pour une pilule, deux pilules par jour (Enriquez et G. Durand).

Ou bien :

Teinture de belladone.............................. }
Teinture de jusquiame............................. } àà 5 gr.
Teinture de valériane.............................. }

XV à XX gouttes dans un peu d'eau au début de chaque repas.

Ou bien :

Solution au millième de salicylate de génésérine..... C gouttes
Teinture de quinquina.............................. 20 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères................ 50 gr.
Eau distillée.......................................Q. s. p. 50 gr.

une cuillerée à soupe avant les trois repas (Polonovski et Nitzberg) ou 3 à 6 granules par jour de sulfate de génésérine d'un demi-milligr.

On peut souvent avec avantage associer à la génésérine, médicament sympathicotonique, l'atropine, médicament vagotonique :

Les *pilules de Meglin*, la *papavérine*, le *benzoate de benzyle* peuvent être utilisés.

2° *Médication alcaline :*

Sulfate de soude...................................... 40 gr.
Sulfate de magnésie.................................. 30 gr.

Une cuillerée à café dissoute dans un demi-verre d'eau de Vichy tiédie le matin à jeun (Glenard).

3° *Médication tonique.* — On peut associer plusieurs médicaments :

Cacodylate de soude.............................. 0,05 centigr
Glycérophosphate de soude...................... 0,10 centigr.
Sulfate de strychnine.............................. 0,001 milligr.
Eau distillée stérilisée............... Q. s. p. 1 cmc

Pour une ampoule n° 12. Une injection quotidienne de l'une de ces ampoules.

Eviter les arsenicaux chez les sujets dont le foie est insuffisant et la strychnine chez les nerveux excitables.

Les préparations de *vanadium* sont à conseiller.

L'*insuline* a été utilisée avec succès contre l'amaigrissement des ptosiques (Vogt, Moutier), de même le *fénugrec*.

4° *Opothérapie.* — Hépatique, pancréatique, ovarienne efficaces chez certains malades.

III. — *Traitement physiothérapique.*

Orthopédique, de première importance, surtout dans les grandes ptoses quand les viscères sont irrémédiablement déchus. sangles, ceintures, pelotes, type F. Glenard, Enriquez, Cambies.

Gymnastique, passive et active, appliquée méthodiquement.

Massage, abdominal, mais aussi portant sur l'estomac et l'intestin.

Hydrothérapie : douches froides, excitantes et toniques; chez les malades par trop irritables, douches chaudes calmantes. Compresses sur l'abdomen.

Diathermie récemment préconisée.

Cure thermale, à Vichy et surtout à Châtel-Guyon.

IV. — *Traitement chirurgical.*

Indications limitées et discutées. On a préconisé la gastropexie, la gastro-plication (Hartmann, Pauchet). On opérera les appendicites chroniques (Okinczyc) et on traitera la stase intestinale par des opérations variables.

René Mignot.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE
Un classeur des Répertoires de Médecine pratique *est en vente à nos bureaux au prix de* 5 francs; *France et étranger*, 9 francs *(envoi franco)*. (N° 531)

Un traitement empirique des cholécystites lithiasiques

Les cholécystites lithiasiques appartiennent à une classe de malades qui peut, avec une certaine véracité, se plaindre de l'insuffisance des traitements médicaux classiques. Aussi un grand nombre de ces malades viennent-ils de tous les pays du monde demander la guérison à un traitement empirique que leur offre, depuis plusieurs dizaines d'années, une étrangère hospitalité.

Voyons en quoi consiste ce traitement :

Le soir même de son arrivée dans cette Ville « anti-lithiasique » on offre au malade un grand bol d'un potage extrêmement chargé en matières grasses. Le lendemain il prend une tisane végétale laxative. Ce traitement est renouvelé trois jours consécutifs.

Sous l'influence de cette double boisson, le malade a de nombreuses selles, qui sont soigneusement recueillies, et, en présence du malade, délayées dans de l'eau froide et tamisées. On aperçoit alors sur le filtre un nombre plus ou moins considérable de pseudo-calculs biliaires, dont on fait publiquement et ostensiblement un compte minutieux et on les abandonne au patient qui, enchanté, regagne son pays, croyant avoir dans sa valise les preuves objectives de sa guérison.

J'ai donné mes soins à plusieurs de ces lithiasiques qui m'ont ouvertement confessé leur infidélité. J'ai pu les suivre après leur pèlerinage thérapeutique, et, je dois reconnaître, que j'ai toujours constaté dans l'état douloureux de ces malades une réelle rémission expliquant leur prosélytisme reconnaissant.

Ce traitement, pratiqué depuis une trentaine d'années, a donc subi l'épreuve du temps, juge en dernier ressort de toute thérapeutique scientifique ou empirique. Il est donc logique de rechercher si à sa base se trouve un élément d'ordre purement psychique ou une cause d'ordre physiologique.

Comment comprendre cette amélioration ?

I. Par l'élimination de calculs vésiculaires ? — Cette affirmation est un leurre ou une erreur.

L'examen chimique des pseudo-calculs que nous ont rapportés les malades les montre formés par une agglomération, à aspect pilulaire, de matières grasses partiellement saponifiées et provenant de l'excès de graisse ingérée. Ils n'ont donc rien chimiquement d'un calcul vésiculaire.

Par contre, ces masses pilulaires sont toutes enrobées d'une épaisse couche verdâtre que l'examen chimique nous montre formée de pigments biliaires et surtout de bilirubine.

II. Par l'évacuation biliaire ? — C'est à notre avis la cause des résultats positifs de ce traitement empirique.

Il est certain que l'épaisse couche biliaire que nous avons trouvée indique la puissance du drainage vésiculaire qu'entraîne ce traitement. Ce drainage répété pendant trois jours peut expliquer la rémission constatée dans l'élément douloureux.

Cette chasse biliaire est d'ailleurs classique : les expériences physiologiques [1] montrent l'influence positive des corps gras non seulement sur la sécrétion de la bile, mais surtout sur la contractilité vésiculaire (action cholécystokinétique).

Ce traitement empirique peut donc être cliniquement et physiologiquement être défendu et voici comment nous le prescrivons :

Donner périodiquement, le soir, un potage chaud, qu'on cherche à rendre le plus agréable possible (ci-dessous un type de formule), et le matin un laxatif végétal (décoction de rhamnus par exemple).

Formule du potage. — Couper finement un oignon, le faire revenir dans 4 cuillerées à soupe d'huile d'olives chaude; ajouter 150 gr. d'eau; saler; laisser bouillir dix minutes; passer et ajouter 40 gr. de crème fraîche et 40 gr. d'axonge; boire le plus chaud possible.

Dans la composition de ce potage, nous avons poursuivi 2 buts :

1° Incorporer 3 graisses d'origine végétale, animale et lactée, chacune de ces graisses pouvant avoir sur la vésicule une action élective.

2° Dissimuler ces corps gras dans un potage chaud et gustativement agréable.

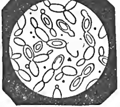
En effet, nous avons pu constater radiographiquement sur des sujets sélectionnés, maigres, à vésicules s'injectant entièrement après prise la veille de tétraiode, que le contenu vésiculaire s'évacue beaucoup plus rapidement après absorption d'un potage gras agréable, qu'après la prise d'huile d'olives écœurante (à égalité de matières grasses absorbées).

Ce résultat confirme d'ailleurs la loi de Pawlow qui montre la gustation agréable comme étant le « primum movens » de toutes les sécrétions bucco-gastro-duodénales, de toutes les fonctions motrices digestives, loi à laquelle la contraction vésiculaire n'a pas de raison physiologique d'échapper.

Léon-Meunier.

1. Voir l'article documenté de M. Chiray, *La Presse Médicale*, 1er Novembre 1930.


ARAPAL
POMMADE
A L'ANTIVIRUS
PRÉVIENT ET GUÉRIT
toutes affections
à STREPTOCOQUES & STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES
ABCÈS, FURONCLES, etc.
Littérature et Echantillons sur demande
H. VILLETTE
Pharmacien
131, Rue Cambronne
PARIS-15e
Téléph. : Vaugirard 11-23
ARAPAL



REVUE DES JOURNAUX

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES
(Paris)

Toulouse, Courtois et Mlle **Russell.** ***Modifications chimiques du sang au cours du delirium tremens*** (*Annales Médico-Psychologiques*, tome LXXXI, n° 2, Février 1931). — Les auteurs ont apporté une contribution importante au syndrome humoral du delirium tremens. Ils ont trouvé que l'urée, la cholestérine, le sucre, sanguins, peu augmentés au début de l'accès, subissent au cours du paroxysme une certaine rétention (l'urée surtout), qui persiste en général plusieurs jours après la cessation de l'accès.

La rétention des pigments biliaires jointe aux signes urinaires trahit une insuffisance hépatique passagère.

L'azotémie augmente dans les cas qui évoluent vers la mort, mais à juste titre les auteurs reconnaissent que l'azotémie n'est pas la cause de la mort, puisque, même dans ces cas, elle ne dépasse pas 2 gr. L'agent, le facteur responsable de la mort, échappe donc aux investigations.

M. Nathan.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG
(Paris)

J. Brumlik et **S. Janousek** (Prague). ***La masse sanguine dans l'anémie pernicieuse et ses modifications au cours du traitement par la méthode de Whipple*** (*Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXIV, n° 2, Février 1931). — B. et J. exposent la méthode qu'ils ont employée en adaptant le procédé de Gréhant et Quinquaud, qui emploie comme indicateur de la masse sanguine le volume d'oxyde de carbone fixé par l'hémoglobine dans une quantité connue de sang, prélevé sur le sujet examiné qui a inspiré et fixé ce gaz en quantité déterminée. Ils ont pu étudier ainsi 14 cas d'anémie pernicieuse, 4 cas d'anémies secondaires et 2 cas de chloranémies achlorhydriques. Ils ont vu que la méthode de Whipple peut ramener à la normale le volume du sang.

La détermination simultanée du volume du sang et du volume des érythrocytes montre que l'accroissement du volume du sang au cours du traitement hépatique est causé, dans la plupart des cas, par l'augmentation du volume des hématies, mais parfois aussi par l'augmentation du plasma. Dans d'autres cas, le volume du sang ne change pas, tandis que sa composition s'améliore, c'est-à-dire que le volume des hématies s'accroît en même temps que le plasma diminue, le volume total du sang restant le même.

Les cas d'anémie pernicieuse grave présentent aussi une capacité en oxygène du sang très basse, mais cette propriété du sang s'améliore avec la disparition des autres signes morbides.

Le volume du sang des cas d'anémies secondaires d'ordre différent donnait des chiffres presque normaux. On n'a jamais trouvé dans ces cas des chiffres bas comme dans l'anémie pernicieuse en pleine évolution. Dans tous les cas d'anémie secondaire, les chiffres du volume globulaire étaient abaissés, le volume assez élevé du sang étant donc maintenu par l'augmentation du plasma sanguin.

Deux cas de chloro-anémie achlorhydriques montraient des chiffres du volume total du sang très bas qui correspondaient presque aux chiffres les plus bas des anémies pernicieuses. Toutefois les cas d'anémie pernicieuse non traités présentaient en même temps un nombre et un volume d'hématies très diminués, tandis que la composition du sang des anémies achlorhydriques était normale en ce qui concerne le chiffre et le volume des hématies.

L. Rivet.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
(Paris)

Félix Puchulu (Buenos-Aires). ***L'épreuve de la tuberculine dans le diagnostic des arthropathies tuberculeuses*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome II, n° 1, Janvier 1931). — L'épreuve de la tuberculine, suivant la méthode de Bandelier et Roepke, modifiée par Escudero, favorise largement le diagnostic des arthropathies tuberculeuses. Son emploi n'a jamais déterminé d'accidents, à condition que ses contre-indications soient rigoureusement respectées.

L'étude minutieuse des réactions générales et focales est à la base de l'interprétation des résultats. Une réaction générale positive n'indique rien autre que l'existence d'un état allergique. Des réactions générales et focales positives démontrent la nature tuberculeuse de l'arthropathie. La réaction focale se caractérise par l'exagération ou la réapparition nette des symptômes existants ou disparus.

Escudero a constaté dans quelques cas la guérison ou l'amélioration de ces symptômes sous l'influence de la tuberculine, qui détermineraít par ailleurs une réaction générale positive: c'est un type de réaction focale sur lequel on ne peut encore se prononcer de façon définitive et qui demande un supplément d'enquête.

L. Rivet.

Pablo Schlanger et **Enriquetta W. de Schlanger** (Buenos-Aires). ***Contribution à la radiothérapie des lymphomes malins primitifs*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome II, n° 2, Février 1931). — La maladie de Hodgkin peut revêtir cliniquement une forme aiguë ou chronique; la forme aiguë et la fin de la forme chronique présentent le même aspect clinique: ces deux formes sont peu améliorées par la radiothérapie. Au contraire, dans les premières années de l'évolution de la forme chronique, la radiothérapie a une action nette et efficace. Le diagnostic doit donc être fait précocement: toute tumeur ganglionnaire chronique, d'origine inconnue, doit être examinée par biopsie, en vue de rechercher l'élément caractéristique de la maladie de Hodgkin, la cellule de Sternberg.

Pour les *lymphosarcomes*, les auteurs n'ont envisagé que la variété à cellules rondes provenant du parenchyme du ganglion ou de tout autre tissu lymphatique. Les lymphosarcomes sont des tumeurs très sensibles aux rayons X. Le résultat définitif, la guérison complète, ne peut être obtenu en général, par suite de la sensibilité limitée de la peau aux rayons X. Le traitement doit être fait graduellement, avec des intervalles correspondant à l'évolution de la maladie. Des cas cliniquement très graves doivent néanmoins être traités par la radiothérapie. Les auteurs précisent la technique employée: appareillage avec interrupteur; kilowatts, 170 maxima; milliampère, 5; distance, 30 cm.; filtration, de 0,3 à 0,5 de cuivre; chaque H, de une à une minute et demie.

L. Rivet.

Hélion Póvoa et **Milton Salles** (Rio de Janeiro). ***Azotémie par chloropénie et confusion mentale*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome II, n° 2, Février 1931). — L'urémie est une des causes les plus fréquentes de la confusion mentale. Or, examinant un grand nombre de ces malades, P. et S. ont remarqué que chez quelques-uns les fonctions rénales sont relativement indemnes, l'azotémie étant chez eux une hyperazotogénie, surtout par carence de la ration salée, ce qui correspond à la notion décrite surtout par Blum, et à laquelle Annes Dias a d'ailleurs donné une interprétation pathogénique différente.

P. et S. ont déterminé très souvent la richesse en chlorure des tissus, notamment du tissu nerveux (neuro-chloropexie) après la mort de sujets chez lesquels ils avaient à diverses reprises déterminé au cours de la vie l'azotémie et la chlorémie, de même que l'azoturie et la chlorurie.

Ils rapportent l'observation d'un cas de confusion mentale azotémique par chloropénie: urée sanguine, 1,25; chlorurémie, 3,50; chlorures urinaires, 0,51 pour 1000; urée urinaire, 26,48 pour 1000. Sous l'influence d'injections intraveineuses de 20 centicubes de NaCl à 20 pour 100, et d'ingestion journalière de 10 gr. de NaCl, au bout de quelques jours, l'urée sanguine tombait à 0,20, alors que la chlorurémie passait à 5,25, la chlorurie à 12,50, l'urée urinaire à 28,40, et l'état mental s'améliorait progressivement et se transformait complètement.

L. Rivet.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

F. Fame (Leysin). ***Tension artérielle et tuberculose pulmonaire en milieu sanatorial*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XII, n° 2, Février 1931). — L'opinion si répandue que la tuberculose pulmonaire est l'affection chronique hypotensive par excellence n'est pas justifiée en milieu sanatorial. Sur 200 cas observés à Leysin (alt. 1.400 m.), F. a trouvé: 2 pour 100 d'hypertension, 73 pour 100 de tension artérielle normale, 25 pour 100 d'hypotension. Il pense que la conception de la tuberculose pulmonaire, maladie hypotensive, est due au fait qu'elle est née d'observations prises à l'hôpital et non au sanatorium, et qu'elle se fonde peut-être sur un nombre de cas trop restreint.

Les cas évolutifs, progressifs, provoquent souvent de l'hypotension, qui disparaît généralement quand les lésions cessent d'être actives et intoxicantes.

La température fébrile ou afébrile ne joue aucun rôle sur la tension. Il n'y a pas de parallélisme entre la tension artérielle et le pouls.

L'hypotension s'accompagne souvent d'une accélération de la vitesse de sédimentation des globules rouges, celle-ci étant d'ailleurs infiniment plus sensible aux modifications cliniques de l'évolution de la tuberculose.

Il n'y a en général pas de relation nette entre le poids du malade et sa tension artérielle. Par contre, dans 144 cas sur 200, F. a trouvé une concordance remarquable entre la courbe tensionnelle cardiaque et la courbe dynamométrique musculaire.

Les examens ayant porté presque uniquement sur des sujets jeunes, F. ne peut affirmer, bien que ce soit son impression, que l'âge n'ait pas d'influence sur la tension. Celle-ci est plus souvent normale chez l'homme que chez la femme, et ce sont les femmes qui fournissent le plus grand nombre d'hypotensions.

La cure d'air et de repos a une influence heureuse sur la tension. La cure de soleil provoque un fléchissement momentané. Le traitement par tuberculine, sanocrysine, pneumothorax artificiel, oléothorax, est sans influence directe sur la tension. La phrénicectomie provoque souvent une légère ascension de la tension diastolique. Le seul cas suivi

de thoracoplastie ne permet aucune conclusion.

Le chaud, les transpirations et la fatigue entraînent un fléchissement momentané de la tension artérielle; le froid, une légère ascension.

La valeur pronostique de la tension artérielle est minime, à l'exception des chutes importantes et persistantes qui annoncent l'exitus à brève échéance, lorsque les données tensionnelles tombent au-dessous de 85 millim. de Hg pour la tension systolique.

L. Rivet.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

E. Laubie. ***Les formes mentales des méningites syphilitiques aiguës*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CVIII, n° 3, 30 Janvier 1931.) — En dehors de la paralysie générale, des états démentiels, des troubles psychiques du tabes, la syphilis peut réaliser, au cours de la période secondaire et au cours de la période tertiaire, même tardivement, des troubles mentaux d'aspects variés.

Ces troubles psychiques n'ont aucun caractère de spécificité; ils se rattachent tous d'une façon plus ou moins visible à la confusion mentale; fréquemment, l'anxiété évolue sur un fond d'obtusion confusionnelle.

Parfois, on observe aussi quelques signes cliniques méningés discrets et plus rarement des signes transitoires d'atteinte syphilitique du névraxe. Le caractère essentiel de ces formes mentales de méningite syphilitique est la coexistence de troubles psychiques à l'aspect de confusion mentale et d'une réaction méningée aiguë ou subaiguë de nature syphilitique dans le liquide céphalo-rachidien et, d'autre part, la régression parallèle des signes cliniques et biologiques sous l'influence d'un traitement spécifique énergique, régression qui est en général complète et définitive.

La disparition sous l'influence du traitement du syndrome humoral rachidien permet seule de distinguer ces manifestations méningées de la paralysie générale véritable en voie d'installation.

Ces troubles mentaux apparaissent souvent à la faveur d'une insuffisance hépatique ou rénale. Le traitement antisyphilitique doit donc être précédé ou accompagné d'une désintoxication générale et être à la fois prudent et énergique.

Robert Clément.

LE SCALPEL (Bruxelles)

Ed. Willocx (Bruxelles). ***La forme portale de la dégénérescence hépato-lenticulaire*** (*Le Scalpel*, tome LXXXIV, n° 5, 31 Janvier 1931). — Cette observation avec autopsie de maladie de Wilson a une allure très particulière. Contrairement à l'aspect habituel où l'affection est essentiellement nerveuse au point de vue clinique, les lésions abdominales, absolument silencieuses pendant la vie, n'étant constatées qu'à l'autopsie, la lésion hépatique a produit ici une ascite qui était le seul symptôme dont se plaignait le malade. Le tremblement, bien qu'existant, n'a jamais été qu'un symptôme discret, fugace et limité, à tel point que jusqu'au soir du jour de l'intervention, il fut considéré comme non organique, d'origine émotive. L'affection semblait se résumer dans l'existence d'une ascite; en l'absence de signes hépatiques autres que l'ascite, en l'absence de signes urinaires et de signes cardiaques et en raison de la température et de l'âge (17 ans), le diagnostic le plus probable paraissait être une péritonite tuberculeuse. L'anesthésie générale au chloroforme fut des plus néfastes, le malade mourut 5 jours plus tard après l'apparition d'un ictère progressif. Il semble qu'au point de vue nerveux également l'anesthésie ait produit un coup de fouet, car les symptômes neurologiques extra-pyramidaux se sont trouvés nettement accusés après l'opération.

Ce cas est une illustration de la variabilité de la symptomatologie que l'on peut rencontrer dans les affections de ce groupe. Il n'y a aucun rapport de nécessité dans les affections à syndromes extra-pyramidal entre les lésions cérébrales et les lésions hépatiques.

Mais ici, si la symptomatologie nerveuse était réduite à sa plus simple expression, les lésions du noyau caudé et du putamen et accessoirement du globus pallidus sont nettes et étendues. Le plus souvent, on observe inversement des symptômes nerveux importants, peu ou pas de signes hépatiques, bien que les lésions du foie soient très marquées à l'autopsie: cirrhose par hépatite et atrophie considérable.

La pathogénie reste toujours très obscure et très discutée. L'observation rapportée est plutôt en faveur d'une pathogénie hépatique ou entérogène. Il est compréhensible alors que le processus hépatique puisse devenir prédominant.

Robert Clément.

MINERVA MEDICA (Turin)

G. Melli et **A. Lorenzi.** ***La lipase du sérum dans les affections pancréatiques*** (*Minerva Medica*, t. XXI, n° 37, 15 Septembre 1930). — Utilisant les recherches de Rona et Michaelis, M. et L. ont réussi à identifier dans le sérum par un procédé pratique, d'exécution simple et rapide, la lipase pancréatique et à la distinguer des autres lipases (sériques, des globules rouges, de la thyroïde, etc.). La lipase pancréatique se différencie des autres par sa résistance à l'atoxyl, et son inactivation par la quinine. Grâce à ces deux épreuves effectuées chaque fois, on peut la reconnaître avec certitude et doser son activité, en la faisant agir sur la tributyrine, et en comptant les gouttes (à l'acide du stalagmomètre de Rona et Michaelis) de dix minutes en dix minutes. Une différence de II, III gouttes au bout d'une heure est déjà nettement pathologique. La méthode est à la fois sûre et sensible.

Appliquée à des recherches expérimentales et cliniques, elle montre que la présence de lipase pancréatique dans le sang circulant a vis-à-vis du fonctionnement pancréatique (lésion de la glande ou obstruction de ses canaux excréteurs) la même signification que l'ictère vis-à-vis des troubles hépatiques. Elle révèle, parmi les syndromes pancréatiques, ceux-là seuls qui s'accompagnent d'une *rétention de la sécrétion externe.*

Les expériences faites sur les animaux ont montré à M. et L. que ceux-ci ne se comportent par forcément comme l'homme au point de vue de la teneur du sérum en lipase pancréatique et des caractères de celle-ci.

F. Coste.

M. Mairano. ***Modifications de l'azotémie et de la chlorurémie après les interventions chirurgicales sur l'abdomen*** (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 37, 15 Septembre 1930). — A la suite de ces interventions, l'on observe souvent une diminution plus ou moins accentuée des chlorures sanguins. Cette hypochlorémie est surtout prononcée, et d'une signification particulièrement sérieuse, dans les maladies qui entraînent une opération grave, suivie de vomissements et d'iléus paralytique. Les affections qui comportent un obstacle au transit digestif (sténoses pyloriques graves) s'accompagnent en général d'hypochlorémie précédant l'intervention.

Dans les affections chirurgicales précitées, l'azote résiduel s'élève constamment après l'opération. Les chiffres les plus élevés d'azotémie se voient à la suite des interventions complexes, longues, avec mise en place de mèches, de drains — toutes conditions produisant une modification tissulaire, une histolyse importantes.

Ni l'hypochlorémie ni l'hyperazotémie observées dans tous ces cas ne sont influencées par le mode d'anesthésie.

F. Coste.

L. di Natale: ***La lipomatose circonscrite du mésentère*** (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 37, 15 Septembre 1930). — Aux formes déjà décrites de lipomatose (maladie de Dercum, adénolipomatose cervicale de Launois et Bensaude, neurolipomatose douloureuse de Recklinghausen, lipomatose articulaire, surtout des genoux, de Hoffa, pseudolipomatose sus-claviculaire des arthritiques), l'auteur veut ajouter une forme nouvelle, la lipomatose circonscrite douloureuse du mésentère, qu'il placerait parmi les variétés topographiques partielles de la maladie de Dercum. Il en rapporte deux observations chez des hommes d'âge moyen. Les symptômes consistent en constipation, anorexie, crises douloureuses siégeant dans la région du méso infiltré de graisse, et irradiant dans la totalité de l'abdomen; à l'examen de l'abdomen on trouve une masse vaguement fusiforme, plutôt consistante, longue d'une dizaine de centimètres, mobilisable, douloureuse à la pression même superficielle, de contours assez mal délimités. Le sujet présente l'asthénie, l'aboulie qui peuvent accompagner la maladie de Dercum. Dans ces deux cas l'intervention chirurgicale permit de vérifier la nature de la tuméfaction abdominale. Dans le premier, on pouvait invoquer comme facteur étiologique une infection péritonéale antérieure (le malade avait été opéré d'appendicite quelques années auparavant). Dans le second, l'enquête étiologique n'aboutissait à aucune conclusion précise; le tuberculose pouvait cependant être suspectée.

F. Coste.

M. Dalla Palma. ***Sur l'érythrocytose et la leucocytose adrénaliniques*** (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 38, 22 Septembre 1930). — Etude de 20 sujets, dont 15 atteints de splénomégalie, chez lesquels on a suivi, après l'injection intramusculaire de 1 milligr. d'adrénaline, la courbe numérique des hématies et des leucocytes, la réaction générale, le pouls, la pression artérielle, et la contraction splénique. Les résultats obtenus par D. P. sont les suivants :

1° Il existe une dissociation et une indépendance complète entre l'érythrocytose et la leucocytose, au point de vue de leur intensité, de leur évolution et de leur durée. La leucocytose est un phénomène beaucoup plus fréquent (presque constant) et plus intense que l'érythrocytose. Elle apparaît plus rapidement qu'elle, et disparaît plus lentement.

2° L'une et l'autre (surtout la leucocytose) présentent des rémissions passagères, aussi bien pendant leur phase d'augment que pendant leur déclin, de telle sorte que des oscillations secondaires accidentent la courbe principale.

3° L'érythrocytose adrénalinique évolue parallèlement à la contraction splénique ; le rapport entre cette dernière et la leucocytose est beaucoup moins net.

La courbe hématologique affecte souvent, mais non toujours, un certain parallélisme avec la réaction générale qui suit l'injection d'adrénaline. Cela est surtout vrai de la leucocytose dont les variations suivent assez bien celles de la tension artérielle (moyenne ou différentielle).

4° Il peut y avoir contraction splénique importante, sans grandes variations hématologiques.

5° Les modifications hématologiques sont les résultats d'un double phénomène: la splénocon-

traction d'une part, la vasoconstriction périphérique d'autre part. Il est probable que la première agit non seulement en expulsant des globules rouges dans le sang circulant, mais en mobilisant un principe inconnu qui renforce l'effet de l'adrénaline sur le reste du système vasculaire.

F. COSTE.

G. Oselladore. *Recherches sur le moyen le moins dangereux de réaliser l'artériographie.* (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 38, 22 Septembre 1930). — En raison de l'importance pratique qu'est appelée à prendre probablement l'artériographie à l'aide de l'injection de substances opaques aux rayons X, O. a voulu comparer les risques de deux préparations répondant aux exigences de la méthode. Il a choisi d'une part un des sels alcalins préconisés par les auteurs de celle-ci, l'iodure de sodium, et, d'autre part, l'urosélectan. Selon lui, l'urosélectan en solution à 40 pour 100 ne détermine jamais d'altération appréciable au niveau des parois vasculaires et des tissus irrigués par le vaisseau qu'on injecte. Il n'en est pas de même avec l'iodure de sodium en solution à 25 pour 100 qui se révèle nocif quand les conditions circulatoires du territoire soumis à l'injection se trouvent compromises. D'autres raisons lui font préférer actuellement l'urosélectan aux autres corps utilisables pour l'artériographie.

F. COSTE.

E. Greppi. *Rapports entre le volume splénique et la masse sanguine dans la réaction à l'adrénaline* (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 43, 27 Octobre 1930). — La sédimentation de la masse sanguine totale pendant l'épreuve à l'adrénaline montre que l'effet de la splénocontraction et de l'expression vers les vaisseaux du contenu mobilisable de l'organe aboutit à enrichir le sang circulant d'un apport constitué pour 80 à 90 pour 100 par des globules. Ce mode de réaction apparaît dans toute sa pureté en cas de splénomégalie chronique de type congestif due à une perturbation de la circulation veineuse extra et intrasplénique (syndrome de la splénomégalie thrombophlébitique primitive ou secondaire). Dans les autres tumeurs spléniques fortement contractiles, on note une augmentation importante de la masse totale du sang (jusqu'à 2 litres) mais sans hyperglobulie notable.

Dans les splénomégalies hémolytiques, l'augmentation de la masse sanguine peut être importante, mais sans participation prédominante de la fraction globulaire: le sang jeté dans la circulation — non seulement par la rate mais par l'ensemble du système hémopoiétique — ne semble à aucun moment chargé d'une quantité anormale d'hématies mobilisables par la contraction splénique.

L'importance de la masse sanguine après l'injection d'adrénaline est très variable en valeur absolue, et quant aux proportions relatives des fractions plasmodique et globulaire, les numérations faites sur le sang capillaire sont impuissantes à renseigner sur l'importance et le type de la réaction hématologique, réaction qui dépend de l'équilibre circulatoire général, et de l'état des circulations viscérales (foie et rate surtout).

F. COSTE.

LA PEDIATRIA
(Naples)

Filippo Macri (Rome). ***Observations cliniques sur le dermographisme dans les maladies infantiles*** (*La Pediatria*, tome XXXIX, n° 4, 15 Février 1931). — Le dermographisme, provoqué par F. M. à l'aide du procédé digital, lui a fourni, entre autres, les renseignements suivants :

Maladies de la nutrition: dermographisme tardif prolongé, allant du rouge clair au rouge brique, avec strie blanche de part et d'autre de la strie rouge.

Maladies des voies respiratoires: apparition relativement rapide du dermographisme qui persiste habituellement une dizaine de minutes. Au niveau du thorax il est plus accusé et dure plus longtemps du côté de la lésion. Dans les formes dyspnéiques avec cyanose, il est moins marqué et disparaît plus rapidement.

Diathèses hémorragiques: début généralement rapide, couleur rose pâle, disparition rapide.

Maladies du système nerveux: début plutôt tardif, mais persistance plus ou moins longue, jusqu'à 30 minutes. Couleur rouge presque toujours.

Infections typhoïdes : début très précoce. Raie très accusée, persistant une demi-heure, au niveau de l'abdomen.

Maladies exanthématiques: raie peu accentuée et de courte durée.

Spasmophilie: apparition rapide avec disparition au bout de 3 à 4 minutes.

Diathèse exsudative: raie presque blanche, d'une durée de deux minutes.

D'une façon générale, il convient de noter que le dermographisme est plus précoce et plus intense chez les adultes que chez les enfants; qu'il est plus apparent sur le tronc que sur les membres.

Le dermographisme, très fréquent dans les maladies de l'enfance, paraît être lié au vagotonisme physiologique des jeunes sujets. Il est généralement peu modifié par les états morbides. Des variations accusées ne s'observent que dans les cas s'accompagnant d'un déséquilibre du système nerveux organo-végétatif.

I. SCHREIBER.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

Hagen. *Contribution au diagnostic des thromboses latentes* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 46, 14 Novembre 1930). — Sans que l'on en sache exactement la cause, on a constaté dans tous les pays l'augmentation notable du nombre des embolies depuis la guerre. Étant donné le danger de ces accidents, il importe de reconnaître les processus thrombosants afin d'essayer d'enrayer par la thérapeutique la migration souvent dramatique du caillot.

A l'occasion d'un cas, H. insiste sur l'intérêt que présente parfois l'étude des phénomènes sensitifs survenant dans les zones cutanées qui correspondent selon les schémas de Head à des régions viscérales. Sans qu'aucun symptôme attirât l'attention sur le poumon, la malade de H. avait présenté, quelques jours après une hystérectomie pour fibrome simple, des douleurs intenses avec hyperesthésie superficielle dans la région scapulaire; cinq jours après, alors que la malade avait cessé de souffrir depuis vingt-quatre heures environ, les premiers essais de lever eurent lieu. Le surlendemain il y eut une brusque ascension thermique à 37°7 et la malade mourut subitement trois heures après. H. interprète les phénomènes douloureux observés comme un réflexe viscéro-sensoriel dans la zone de projection cutanée du poumon, témoin d'un premier embolus pulmonaire minime et latent.

Ces faits quoique vraisemblablement rares doivent cependant être connus, puisqu'une immobilisation prolongée des malades pourrait éviter les accidents mortels ultérieurs.

G. DREYFUS-SÉE.

Bettmann. *L'influence atmosphérique sur les vaisseaux cutanés (études de microcapillaroscopie)* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 47, 21 Novembre 1930). — En étudiant systématiquement les vaisseaux périphériques à l'aide de la microcapillaroscopie, on note des oscillations qui paraissent soumises à l'influence des saisons et du temps. L'étude de ces modifications capillaroscopique est particulièrement aisée au niveau de la muqueuse de la lèvre inférieure.

On peut ainsi observer des variations en rapport avec les modifications atmosphériques: orages, etc. Chez certains sujets, elles sont particulièrement marquées et il est possible que ces individus hypersensibles aux variations atmosphériques soient également sensibles de façon excessive à d'autres influences: urticariens, sujets hypersensibles aux toxiques, à l'arsenic, etc.

Si ces faits se confirment, la capillaroscopie permettrait de reconnaître les sujets à terrain instable, prédisposés, susceptibles de présenter des réactions anormales, et on serait amené à prendre certaines précautions lors de l'application de thérapeutiques choquantes chez ces malades.

G. DREYFUS-SÉE.

W. Fehlow. *Traitement des polyarthrites chroniques par l'or* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 52, 26 Décembre 1930). — Le produit employé a été le solganal, combinaison aromatique d'or et de soufre, utilisé soit en injections intra-veineuses (solution d'or à 36 pour 100), soit en injections intra-musculaires (solganal B. à 50 pour 100 d'or).

Dans nombre de cas la réaction de choc déterminée par ce produit a exercé une action très favorable sur l'évolution des polyarthrites infectieuses chroniques. Ce produit est bien supporté, sans réactions générales ni locales graves. Le traitement a donné lieu à des améliorations remarquables de phénomènes articulaires torpides, reliquats d'infections chroniques, et on a pu observer une action générale non spécifique et une influence spécifique sur les tissus malades au niveau des foyers articulaires. Seuls les malades parvenus à un stade avancé de l'affection: cachectiques, grabataires, incapables de réagir à une thérapeutique excitante par la formation d'anticorps, ne peuvent bénéficier de cette médication.

Il est d'ailleurs impossible d'établir une comparaison valable entre les résultats fournis par le solganal et ceux obtenus avec d'autres médicaments agissant de façon analogue: yatrène-caséine par exemple. Les facteurs individuels, éminemment variables, jouent dans les réactions de ces malades vis-à-vis des diverses thérapeutiques un rôle trop important pour qu'il soit possible d'établir entre eux une hiérarchie justifiée.

G. DREYFUS-SÉE.

Wagner-Jauregg. *Le traitement de la paralysie générale par les infections* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 1, 2 Janvier 1931). — Les dangers de la malariathérapie ont considérablement diminué depuis que l'on sait mieux manier cete thérapeutique.

Certaines modalités d'inoculation paraissent plus favorables: W.-J. recommande l'inoculation sous-cutanée qui déterminerait plus rarement les accès quotidiens fatigants et parfois dangereux. La fièvre tierce serait plus fréquente si l'injection est pratiquée avec un sang de groupe incompatible avec celui du sujet inoculé.

Il faut s'efforcer d'atténuer l'intensité des accès par de petites doses de quinine. Si, par contre, ils tardaient trop à se produire, l'emploi de l'adrénaline, du nucléinate de soude, du vaccin typhique, etc., pourrait être utile.

L'atténuation de l'impaludation à l'aide de plasmoquine a été préconisée; après plusieurs passages d'une souche ainsi atténuée, la résistance des parasites croît, de telle sorte qu'on peut administrer des doses jusqu'à 6 fois plus élevées de plasmoquine sans modifier notablement les accès.

Les sujets pour lesquels on craint des accidents seront traités en 2 fois : c'est-à-dire que le palu-

disme sera enrayé, après 2 à 4 accès, par de fortes doses de quinine, puis après six semaines environ, on pratiquera une réinoculation et on laissera évoluer 4 à 6 accès généralement très bien supportés.

Enfin, en règle générale, on limitera le nombre des accès à 7 ou 8 au maximum; dans ces conditions les accidents seront réduits au minimum, même chez des sujets âgés ou fragiles.

L'efficacité de cette thérapeutique paraît actuellement indiscutable. Outre les rémissions cliniques observées, il convient de noter les rémissions et même les quasi-guérisons anatomiques constatées dans quelques cas où les malades sont décédés accidentellement au cours de la période d'amélioration de leur paralysie générale.

D'autres méthodes de traitement ont été envisagées (injections de saprovitan, pyrifer, sulfosin, etc.), avec des résultats nettement moins favorables. Par contre l'inoculation de fièvre par morsure de rats se montre efficace, et est surtout indiquée dans les pays où le paludisme endémique rend impossible l'impaludation.

Au point de vue prophylactique, la malariathérapie demeure la méthode de choix, à employer chez les sujets conservant une réaction céphalo-rachidienne manifeste tardive. Il importe d'y adjoindre un traitement spécifique énergique.

G. Dreyfus-Sée.

K. Ebert. ***Un cas d'arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, nº 1, 2 Janvier 1931). — L'auteur rapporte le cas curieux d'un sujet de 17 ans, bien portant, sans aucune lésion squelettique ni musculaire, qui, en s'agenouillant sur un sol humide, glissa et tentait de se redresser lorsqu'il fut immobilisé par une douleur intense au niveau d'une crête iliaque et s'accompagnant d'une impotence fonctionnelle absolue.

L'examen radiologique décela l'arrachement de l'épine iliaque. Il semble que ce soit la tension brusque et considérable des muscles tenseurs du *fascia lata* et couturiers qui déterminent chez les sujets jeunes l'arrachement de l'épine encore mal soudée à l'os iliaque. Généralement ce curieux accident se produit lors d'un mouvement extrêmement violent, arrêt brusque pendant une course rapide, par exemple. Dans le cas relaté, il semble que la tension musculaire n'ait pas été très considérable.

Le pronostic fonctionnel est bénin; le repos étendu suffit à permettre la guérison absolue en quelques semaines.

G. Dreyfus-Sée.

P. Hess et **H. Schlecht.** ***Les causes de succès et d'échec du traitement radiothérapique de la maladie de Basedow*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, nº 2, 9 Janvier 1931). — Après une étude prolongée des nombreux cas observés dans leur service hospitalier, les auteurs sont arrivés à accorder au traitement radiothérapique une valeur sensiblement égale à celle de la thérapeutique chirurgicale en ce qui concerne les goitres exophtalmiques s'accompagnant de symptômes hyperthyroïdiens nets (métabolisme basal augmenté).

Mais les résultats favorables ne sont souvent obtenus qu'après l'application de doses élevées et la durée de la thérapeutique doit fréquemment être prolongée assez longtemps. Les traitements doivent être poursuivis de 3 à 24 mois selon les sujets, afin d'obtenir une amélioration satisfaisante. Les auteurs admettent que tous les cas d'hyperthyroïdie sont justiciables des rayons et considèrent comme erronée l'opinion des Américains contre-indiquant la radiothérapie sous prétexte de gêne opératoire ultérieure.

Seule la longueur du traitement radiothérapique peut faire préférer par certains malades l'intervention chirurgicale, qui a contre elle le danger de mortalité, alors que la mortalité est nulle lors de la thérapeutique par les rayons.

G. Dreyfus-Sée.

E. Urbach. ***L'importance des méthodes chimiques d'examen des tissus dans l'étude de la physiologie et de la pathologie de la peau*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, nº 3, 16 Janvier 1931). — L'examen systématique par les méthodes micro-chimiques de la peau normale et pathologique a montré des chiffres notablement différents de ceux obtenus par les dosages sanguins. Aucune proportion ne peut être établie, les concentrations des diverses substances dans la peau étant tantôt plus élevées, tantôt plus faibles que dans le sang. L'examen de la sérosité des bulles de vésicatoire ne fournit pas non plus de chiffres comparables. Il importe d'ailleurs de prélever toujours le fragment cutané destiné à l'examen dans une région de peau saine pour éviter la dilution par la sérosité sécrétée au niveau des portions malades. U. a étudié ainsi les échanges cutanés d'un certain nombre de substances.

L'eau se trouve en proportion plus élevée dans la peau des nourrissons que dans celle des adultes. Fait paradoxal, la peau sénile, qui paraît sèche, contient également plus d'eau que la peau des adultes. Il semble s'agir là d'une combinaison colloïde spéciale et non de rétention aqueuse comparable à l'œdème. Le même phénomène se retrouve dans l'ichtyose, la sclérodermie. Les mesures thérapeutiques, déterminant une meilleure irrigation cutanée, exercent une influence favorable sur tous ces états. Alors que la teneur en eau de la peau d'un sujet atteint d'affection cutanée inflammatoire aiguë (érysipèle par exemple) est normale, elle est par contre sensiblement augmentée dans les téguments et même dans le tissu cellulaire sous-cutané des eczémateux. Ceci expliquerait la progression de proche en proche de l'érysipèle opposée à l'évolution migratrice à distance de l'eczéma.

L'état d'obésité s'accompagne de préœdème cutané et on note une modification de l'élasticité cutanée au début des cures d'amaigrissement. L'étude de la réaction d'Aldrich et Mac Clure montre que la résorption de la papule ne renseigne nullement sur la teneur en eau des tissus.

Le dosage du sel au cours du pemphigus et de la maladie de Duhring fournit des résultats intéressants et sans aucun parallélisme avec la teneur en chlore sanguin. Les chiffres de NaCl de la peau sont nettement augmentés et subissent un accroissement de près de 100 pour 100 si le sujet est soumis au régime hyperchloruré, alors que l'on n'observe que 15 pour 100 environ d'augmentation au cours d'autres dermatoses bulleuses. Cette rétention chlorée serait selon U. un processus de défense utilisable en thérapeutique.

Les variations du sucre cutané seraient un test plus sensible que celles du sucre sanguin, ainsi que le démontre leur étude lors des dermatoses. Certains faits sont susceptibles peut-être d'expliquer des échecs insulino-thérapeutiques. Il est également intéressant de noter au point de vue physiologique la fixité de la teneur en sucre de la peau normale d'une espèce donnée, et les variations considérables qu'elle subit d'une espèce à l'autre.

Enfin les chiffres de l'azote résiduel sont intéressants à noter lors de l'évolution des prurits (prurits séniles, maladie de Hodgkin, etc.). L'augmentation de l'azote résiduel ou isolément de la créatinine, de l'acide urique, a pu régresser sous l'influence de médications (novatophan), qui ont amélioré les signes fonctionnels. Par contre lors des urticaires, psoriasis, etc., l'élévation du chiffre d'azote résiduel demeure irréductible et l'amélioration clinique ne peut être obtenue. Au cours d'essais de régimes privés d'albumines on observe une élévation de la teneur en acide urique des téguments due à l'auto-digestion des albumines tissulaires. Les dermatoses liées à l'hyperuricémie et l'urato-histéchie en seront par conséquent plutôt aggravées qu'améliorées; ainsi, sauf dans les dermatoses liées à une sensibilisation allergique vis-à-vis des protéines, les régimes diététiques doivent toujours comporter une ration minimum d'albumine suffisamment élevée.

En somme, ces recherches bio-chimiques paraissent susceptibles d'ouvrir des voies nouvelles dans l'étude des dermatoses et on peut espérer qu'elles permettront d'approcher de plus près de la solution de maints problèmes encore obscurs de physiologie ou de pathologie cutanée.

G. Dreyfus-Sée.

A. Mayer. ***Thromboses et embolies en gynécologie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, nº 5, 30 Janvier 1931). — L'étude des statistiques ainsi que les observations personnelles de M. montrent une augmentation réelle et non apparente des embolies ainsi que des thromboses atteignant le double et parfois le triple des chiffres d'avant-guerre.

Parmi les facteurs invoqués, il ne semble pas qu'on puisse incriminer des causes toxiques, infectieuses ou thérapeutiques spéciales. Ce serait en réalité une modification générale de l'organisme, avec moindre résistance des vaisseaux et méiopragie sanguine, qui constituerait le terrain favorable aux accidents vasculaires; et les multiples variations morales et physiques entraînées par la guerre seraient responsables de cet état.

Les prédispositions aux thromboses ne sont guère possibles à établir : ni le sexe, ni l'âge, ni les types morphologiques, ni les influences météorologiques n'ont fourni d'éléments utilisables pour prévoir une thrombose.

La clinique de ces accidents est bien connue.

En ce qui concerne leur prophylaxie l'auteur rappelle les traitements habituels médicamenteux ou physiothérapiques : précautions lors des interventions, médications anti-coagulantes, mobilisation ou immobilisation des membres, etc.

Le traitement des embolies pulmonaires peut être médical ou chirurgical. Le premier comporte la morphine et le repos, accessoirement et très prudemment des toni-cardiaques.

Chirurgicalement l'opération de Trendelenburg a sauvé quelques existences. La mortalité par embolie post-opératoire est de 40 à 50 pour 100, donc demeure très élevée; elle serait moindre lors des embolies puerpérales.

Seul 1/4 des cas est susceptible d'être opéré; le plus souvent, en effet, il y a des contre-indications dues à une évolution trop rapide, une défaillance cardiaque trop accentuée, des embolies multiples, etc.

Les gynécologues ont tendance à restreindre les déjà rares indications opératoires. Cependant l'intervention peut être tentée même dans des cas très avancés où il n'y a, pour ainsi dire, plus rien à perdre, et il pourrait être souvent utile de la pratiquer plus précocement. Dans l'ensemble le problème des embolies et thromboses présente encore de nombreuses obscurités que M. au cours de son exposé rapide s'est efforcé de mettre en évidence afin d'inciter à de nouvelles recherches.

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

H. Munter et **D. Nitschke.** ***Peut-il se produire des modifications des groupes sanguins sous l'influence d'injections thérapeutiques?*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, nº 41, 10 Octobre 1930). — Certains auteurs ont avancé, sur la foi d'observations peu nombreuses et peu approfondies, que le groupe sanguin de certains sujets serait susceptible de se modifier, en particulier sous l'influence de certaines maladies ou de

· TUBERCULOSE · LYMPHATISME · ANÉMIE ·

· CROISSANCE · RACHITISME · SCROFULOSE · DIABÈTE ·

CARIE DENTAIRE · TROUBLES DE DENTITION

TRICALCINE



FLUORÉE

RECONSTITUANT
LE PLUS PUISSANT-LE PLUS SCIENTIFIQUE
LE PLUS RATIONNEL

LA
RÉCALCIFICATION
Ne peut être ASSURÉE
d'une façon CERTAINE
et PRATIQUE

QUE PAR LA TRICALCINE PURE
OU PAR ASSOCIATION MÉDICAMENTEUSE
DE LA TRICALCINE

La TRICALCINE FLUORÉE employée par courtes périodes de 8 à 15 jours augmente les effets de la récalcification, favorise la constitution des noyaux cellulaires, soigne l'état dyspeptique et fixe les phosphates.

TUBERCULOSE PULMONAIRE OSSEUSE
PÉRITONITE TUBERCULEUSE
DÉCALCIFICATIONS GASTRO-INTESTINALES
CARIE DENTAIRE

La **TRICALCINE FLUORÉE** est vendue en boites de 60 cachets dosés à 2 centigrammes de Fluorure de calcium par cachet.
ADULTES : 3 cachets par jour ; ENFANTS : 1 à 2 cachets par jour.
Prix de la boîte de 60 cachets : 8 fr. 50, soit le cachet : 0 fr. 15.

SE MÉFIER DES IMITATIONS ET DES SIMILITUDES DE NOM
BIEN SPÉCIFIER " TRICALCINE " Reg. du Com. : Seine, 148.044

Échantillons et Littérature gratuits sur demandes aux Docteurs, Hôpitaux, Ambulances
LABORATOIRE DES PRODUITS " SCIENTIA " Dr E. PERRAUDIN, PH^en DE 1re CL. 21, RUE CHAPTAL · PARIS

· DYSPEPSIE NERVEUSE · TUBERCULOSE ·

certaines injections thérapeutiques, si bien que la valeur des groupes sanguins a beaucoup perdu de son crédit auprès de certains juristes et des gens étrangers à la médecine.

Après un examen des observations rapportées en faveur d'un changement de groupe, et après une critique des causes d'erreurs qu'ils relèvent pour chacune d'elles, M. et N. exposent leurs travaux personnels de contrôle. Leurs détermˈnations de groupes sont au nombre de 300 environ; elles ont été pratiquées chez une centaine de malades, presque tous atteints de syphilis ou de psoriasis, et soumis à des traitements arsenicaux ou novarsenicaux poursuivis pendant des mois. Toutes les déterminations de groupes ont été faites séparément pour les sérums et pour les globules. Sérums et globules ont, d'ailleurs, pu être conservés à l'étuve pendant plusieurs semaines.

Dans aucun cas il n'y a eu de changement dans le groupe sanguin des malades examinés. Tout au plus pouvait-on observer des variations quantitatives dans les réactions, qui pouvaient être plus fortes un jour, plus faibles quelques mois plus tard.

Dans 2 observations, que M. et N. rapportent, les réactions étaient atypiques : l'étude du sérum classait le sujet dans un groupe; l'étude des globules le classait dans un autre. Mais ces réactions atypiques se retrouvaient, pour le même sujet, lors de plusieurs examens successifs. Si les réactions n'avaient pas été déterminées avec rigueur, à la fois par le sérum et par les globules, on aurait pu avoir l'illusion d'une mutation de groupe. M. et N. rapprochent de leurs deux cas deux observations analogues de Thomsen, et une autre de Laguna.

J. Mouzon.

J. Kirsten et **E. Papenkort.** ***Formule et tableau hématologiques dans l'ictère hépatique*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 50, 12 Décembre 1930). — Les travaux récents, qui ont montré le rôle du foie dans l'hématopoïèse, et la fréquence des anémies dans les cirrhoses, ont mis à l'ordre du jour l'étude des altérations sanguines dans les affections hépatiques.

K. et P. ont étudié, à la clinique du professeur Brugch, 26 cas d'ictère hépatotoxique (ictères catarrhaux ou ictères graves), 11 cas d'ictères par obstruction mécanique des voies biliaires, et 9 cas de cirrhoses hépatiques avec ictère ou subictère.

Les résultats peuvent se résumer dans le tableau suivant, en ne tenant compte que des variations de plus de 100 p. 100 par rapport à la normale :

	ICTÈRE hépatotoxique	ICTÈRE par obstruction des voies biliaires	CIRRHOSES hépatiques avec ictère
	p. 100	p. 100	p. 100
Taux de l'hémoglobine	0	— 27	— 21
Nombre de globules rouges	0	— 24	— 27
Volume des globules rouges	0	— 14	0
Polynucléaires	— 17	0	0
Lymphocytes	+ 50	0	+ 19
Monocytes	0	0	0
Vitesse de sédimentation des globules rouges	+ 200	+ 700	+ 700
Temps de coagulation	+ 50	+ 50	+ 50
Teneur en fibrinogène	— 50	0	0
Teneur en albumine (réfractométrie)	+ 13	0	0
Bilirubinémie (méthode indirecte)	+ 640	+ 900	+ 200
Glycémie	— 16	0	0

On voit que, dans l'ensemble, les ictères par obstruction mécanique et les ictères des cirrhoses comportent des formules hématologiques très analogues, et se distinguent nettement des ictères hépatotoxiques.

J. Mouzon.

J. Sellei. ***Le traitement de la sclérodermie par les ferments pancréatiques*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVI, n° 50, 12 Décembre 1930). — Bien que les épreuves physiologiques destinées à mettre en valeur le fonctionnement pancréatique soient restées entièrement normales chez les sclérodermiques examinés, S. a entrepris de traiter ces malades par des extraits pancréatiques, administrés par voie buccale. Le résultat a été, paraît-il, excellent, non seulement dans les 4 cas qu'il a traités personnellement et qu'il a rapportés, mais aussi dans les autres observations, qui ont été suivies par le prof. Nékam. Il s'agissait de 3 sclérodermies en plaques, d'une sclérodermie en bandes, d'une sclérodermie en plaques et en bandes, de 2 sclérodermies associées au syndrome de Raynaud. Enfin, il faut mettre à part un cas de sclérème chez une fillette, maintenant âgée de 13 ans. Dans tous ces cas, — même dans le sclérème, — il y a eu amélioration. Dans 2 cas même, on peut parler de guérison. Mais le traitement n'agit pas sur le syndrome de Raynaud. Il ne peut non plus guérir, naturellement, les cas anciens de sclérodermie, qui sont déjà parvenus au stade d'atrophie et d'organisation scléreuse définitive.

Les doses sont de 8 à 10 tablettes d'extrait sec, dosées à 0 gr. 25 centigr., chaque jour (2 à 3 tablettes chez l'enfant). Récemment, S. a donné le pancréas cru, haché fin, et pris avec du bouillon, avec de la viande, avec du citron ou des épices, à la dose de 50, 100 et même 250 gr. par jour (30 à 100 gr. chez l'enfant). Il semble utile d'y ajouter du tanin ou une médication chlorhydro-peptique.

Le traitement doit être continué pendant des mois. Son action ne commence guère à se manifester avant le début du deuxième mois.

J. Mouzon.

MONATSSCHRIFT FUR KINDERHEILKUNDE (Leipzig)

E. Schiff (Berlin). ***Des méningites purulentes aseptiques de l'enfance*** (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, tome XLVIII, fasc. 5, Novembre 1930). — Le premier cas de méningite purulente aseptique publié dans la littérature allemande date de 1907 et est dû à Baginsky. Les cas observés depuis sont peu nombreux. S. en publie trois personnels et résume ceux qu'il a pu recueillir dans la littérature des divers pays.

Cette méningite s'observe aussi bien chez des nourrissons que chez des enfants plus âgés. Elle revêt au début des caractères sévères avec fièvre, céphalée intense et vomissements, mais la température baisse assez vite et en une donzaine de jours les symptômes méningés ont généralement disparu sans laisser la moindre séquelle.

La ponction lombaire fournit des éléments de diagnostic caractéristiques : le liquide céphalo-rachidien est purulent, mais il est absolument stérile car les frottis, les cultures et les inoculations à l'animal ne décèlent aucun germe.

Au point de vue cytologique on note au début une augmentation accentuée des leucocytes neutrophiles, qui font bientôt place à des lymphocytes, lesquels disparaissent rapidement à leur tour de même que l'albumine passagère.

Dans ces méningites purulentes aseptiques, les leucocytes du L.C.R., d'après Widal, ne présenteraient pas des formes de dégénérescence telles qu'on en observe dans les méningites septiques, mais divers auteurs et S. notamment ne sont pas de cet avis.

L'étiologie de la méningite purulente aseptique reste obscure. Deux fois seulement elle a coïncidé avec l'existence d'une otite. Dans d'autres circonstances elle a pu être attribuée à des agents chimiques : intoxication par le gaz d'éclairage (Zabel), anesthésie rachidienne (Sicard et Salin), injection intrarachidienne de caséine (Roch et Katzellbogen), etc.

Au point de vue thérapeutique, S. n'a eu recours qu'aux ponctions lombaires répétées avec administration de pyramidon lorsque la fièvre était élevée.

G. Schreiber.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Herz. ***Traitement des anémies*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 39, 25 Septembre 1930). — Le premier temps du traitement d'une anémie est la thérapeutique de la cause de celle-ci, et lorsqu'il s'agit d'un état nettement secondaire, il suffit de suspendre l'hémorragie causale, de débarrasser l'organisme du parasite, de soustraire le sujet à l'intoxication dont il est victime, ou de traiter la maladie infectieuse en cause pour voir survenir la régénération globulaire. Néanmoins, il est certains cas où on ne peut appliquer que malaisément la méthode, ou bien encore des formes apparemment ou réellement primitves.

On cherchera alors à obtenir la régénération globulaire à l'aide d'une série de méthodes : parmi les médications de substitution il faut mettre au premier rang les transfusions sanguines auxquelles on aura recours spécialement dans le cas des anémies post-hémorragiques, mais aussi dans les anémies secondaires infectieuses, dans les anémies aplastiques, et même dans la maladie de Biermer. H. préconise également ce traitement dans l'agranulocytose et dans l'intoxication par CO.

On a cherché également à exciter l'activité de la moelle osseuse à l'aide d'irradiations. On a irradié aussi le foie et la rate avec des résultats divers.

Parmi les médicaments le fer et l'arsenic ont été préconisés depuis longtemps, mais l'indication principale de la médication ferrique est la chlorose ; quant à l'arsenic, H. en rappelle les excellents effets soit sous forme de liqueur de Fowler, soit en injections cacodyliques.

Il y a lieu également d'ordonner un régime rationnel et, dans le cas souvent rencontré d'état anachlorhydrique, il faut prescrire du HCl et de la pepsine. L'intestin est aussi à surveiller, il faut en réaliser la désinfection, ceci à la suite des conceptions de Hunter, de Seyderhelm, de Grawitz.

Enfin l'hépatothérapie a rénové la conception du traitement des anémies : sous l'influence du foie en nature ou des extraits hépatiques, on voit la formule sanguine se modifier cependant qu'apparaissent les réticulocytes. Cependant, il n'y a pas de modifications de l'achylie et H. signale en particulier la non-rétrocession des troubles nerveux.

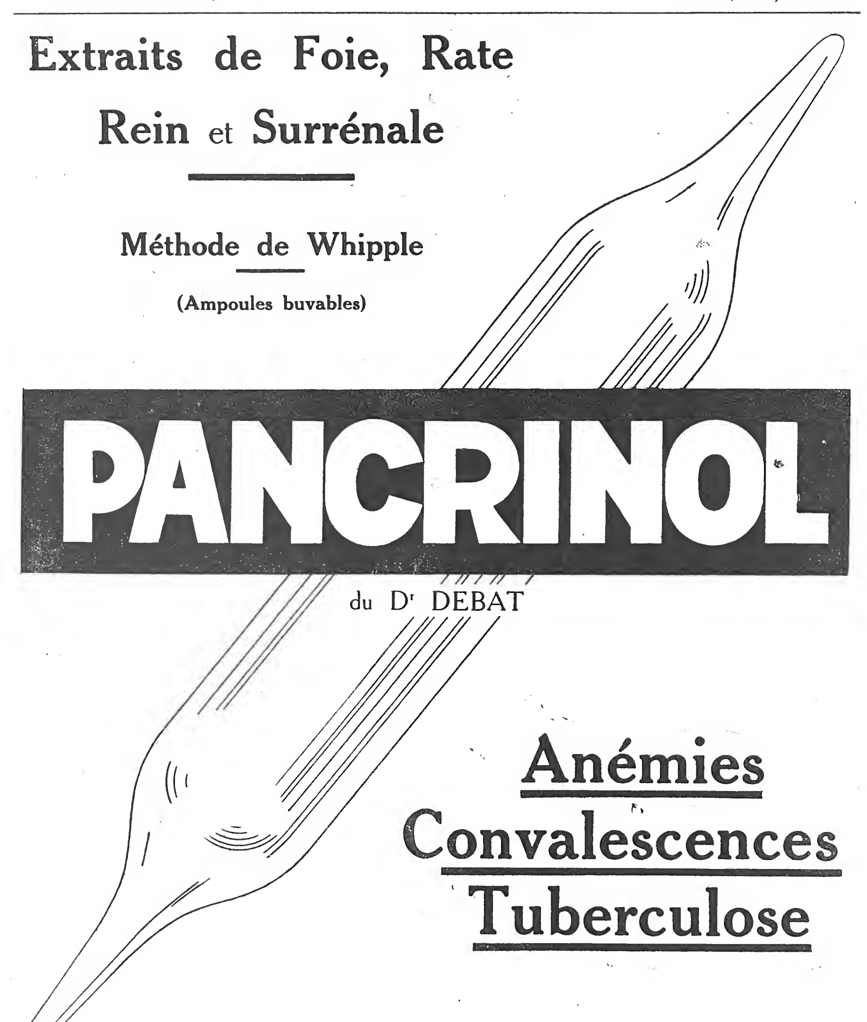
Ce traitement administré à raison de 200 à 500 gr. de foie chaque jour doit être poursuivi, associé à un régime pauvre en graisses et riche en fruits, jusqu'à rénovation sanguine complète.

Plus récemment enfin, les expériences de Castle ont montré l'action puissante de régénération globulaire exercée par de la chair musculaire ayant subi un commencement de digestion dans l'estomac d'un sujet normal ; il y a lieu de noter que le muscle cru seul ou le suc gastrique isolé sont également inopérants.

Quant au traitement de l'anémie par ictère hémolytique, il comporte l'extirpation de la rate ou la ligature des vaisseaux spléniques.

G. Basch.

Janossy et **Magoss.** ***Etude des fonctions hypophysaires*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 39, 25 Septembre 1930). — On se demande depuis longtemps quelles sont parmi les sécrétions hypophysaires celles qui se déversent dans le L. C. R. et celles qui passent directement dans le sang ; Dixon et Trendelenburg ont pu, à l'aide du liquide prélevé dans le troisième ventricule d'un animal sain et dilué au cinquième, déclencher les contractions d'un utérus de rate isolé. Voulant prouver que cet agent de contractions uté-



LABORATOIRES DU Dr DEBAT
60, Rue de Prony - PARIS

rines était bien sécrété par le lobe postérieur, Trendelenburg opéra des chats de manière à isoler l'hypophyse du troisième ventricule : dans ces conditions, le liquide ventriculaire de ces animaux ne donna lieu à aucune contraction utérine.

Ces expériences prouveraient donc la réalité d'une excrétion hypophysaire, et permettraient de conclure à un trouble glandulaire, dans tous les cas où le liquide céphalo-rachidien ne posséderait plus cette propriété sur l'utérus isolé.

J. et M. ont tenté de prouver cette hypothèse en prélevant, chez des malades atteints de syndromes hypophysaires variés, du liquide au niveau de la grande citerne par ponction sous-occipitale, et en en vérifiant le pouvoir ocytocique sur un utérus de rate : dans trois cas d'infantilisme hypophysaire, ce pouvoir était nettement conservé, égal à celui du liquide d'un témoin dans un des cas, un peu diminué vis-à-vis de ce témoin dans les deux autres cas.

Par contre, dans un cas de diabète insipide étudié de la même manière, ils n'ont pu déclencher la contraction utérine, ce qui les conduit à penser que cette affection est due à un trouble de la sécrétion du lobe postérieur de la glande. Se basant sur cette seule expérience dont ils considèrent la valeur comme absolue, ils rejettent la théorie infundibulo-tubérienne du diabète insipide.

G. Basch.

Dancz et **Stief**. ***Réchauffement du liquide céphalo-rachidien et modifications de la perméabilité méningée*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 41, 9 Octobre 1930). — D. et S. ont, dans des travaux préalables, pratiqué chez 25 malades atteints d'affections diverses du système nerveux le réchauffement du L. C. R. dans le triple but d'influencer heureusement les méninges et les racines, de pratiquer une incitation favorable au niveau des centres supérieurs, enfin de modifier la perméabilité méningée, cette méthode étant indiquée, tant dans les myélites, tabes, etc... que dans les méningites microbiennes, avec l'espoir d'améliorer les conditions circulatoires locales et d'utiliser l'action microbicide de la chaleur.

Depuis ces essais, D. et S. ont renouvelé cette tentative chez 20 sujets atteints de maladie grave du système nerveux. Ils n'ont jamais observé d'inconvénient immédiat ni de suites fâcheuses. L'appareillage consiste en une burette reliée par un tube souple à l'aiguille de rachicentèse, burette immergée elle-même dans un bock maintenu à la température de 46 à 50°.

Dans certains cas, on observe en coïncidence avec le réchauffement du liquide céphalo-rachidien une hyperthermie pouvant atteindre 39° ou 40°, fièvre éphémère ou prolongée. Il est difficile de préjuger de la perte de chaleur subie par le liquide des ventricules; néanmoins, il semble que pour un réchauffement à 50°, la totalité du liquide soit amenée à la température de 39°4.

On observe encore des troubles d'ordre végétatif : accélération du pouls et nausées. Chez deux malades se déclencha un état de sommeil stuporal d'une durée de 2 à 3 semaines qui finit par se dissiper.

Enfin, D. et S. ont noté une amélioration de la perméabilité méningée, et une amélioration clinique chez un paralytique et chez un tabétique présentant des douleurs fulgurantes.

G. Basch.

Halban. ***Radiothérapie des thrombo-phlébites*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 45, 6 Novembre 1930). — H. a traité par la radiothérapie 17 cas de thrombo-phlébite ; il a pratiqué des irradiations locales, en une ou plusieurs séances, et suivant une technique dont il précise les détails. Dans 5 cas de phlébite des veines superficielles, les malades ont pu se lever au bout de 1 à 5 jours; dans 3 cas de phlébite des troncs veineux profonds, la guérison est survenue au bout de 13. 26 et 23 jours; dans 5 cas de phlébite à la fois superficielle et profonde, au bout de 7 à 16 jours. Dans quelques cas, le lever a été retardé par l'apparition de complications parmi lesquelles 3 infarctus pulmonaires, provoqués sans doute par l'obligation dans laquelle on a été de mobiliser les malades pour pouvoir pratiquer le traitement.

Dans tous les cas, on a assisté à une régression rapide des phénomènes inflammatoires, de l'œdème, de la fièvre, et à une disparition à peu près immédiate de la douleur. Des résultats aussi favorables, abrégeant aussi considérablement la durée d'hospitalisation des malades, justifient pour H. l'adjonction d'installations transportables de rayons X, évitant les inconvénients sérieux présentés par la mobilisation des malades.

G. Basch.

Berger Elisabeth. ***Renforcement de l'action diurétique des sels mercuriels*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIII, n° 49, 4 Décembre 1930). — Les résultats obtenus par l'adjonction de NH^4Cl aux diurétiques mercuriels, dans les cas réfractaires primitivement ou secondairement à ceux-ci, sont déjà connus. B. ne se borne donc pas à enregistrer les résultats thérapeutiques obtenus, mais tente d'apporter un peu de lumière dans la question du mécanisme de la diurèse mercurielle et dans celle des possibilités de renforcer cette diurèse, et de trouver éventuellement d'autres corps ayant les propriétés du chlorure d'ammonium.

Cette action de renforcement est obtenue non seulement par l'adjonction de chlorure, mais aussi par celle de bromure d'ammonium. B. considère qu'elle est due à l'acidose que déterminent ces corps, amenant une diminution temporaire du p_H avec chute de la réserve alcaline. Inversement, l'administration d'ammoniaque paralyse l'action du diurétique mercuriel.

G. Basch.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

John Mc Michael. ***Lésions vasculaires locales dans les anémies spléniques*** (*Edinburgh Medical Journal*, n. s., tome XXXVIII, n° 1, Janvier 1931). — M. a étudié les lésions histologiques des vaisseaux de la rate, dans 20 observations rangées dans le cadre vague des anémies spléniques. Tous les cas comportaient une splénomégalie, une anémie secondaire et de la leucopénie. Dans les 2/3 des cas, il s'agissait d'affections chroniques s'accompagnant d'hématémèses et une cirrhose hépatique fut trouvée cliniquement ou à l'opération. Les autres cas semblent se rapporter à la fibrose hépato-splénique de Banti, sauf une observation de tuberculose splénique, 5 cas d'ictère acholurique, et 5 ou 6 observations inclassables.

La grande majorité des rates furent enlevées opératoirement, les autres post-mortem.

Les lésions vasculaires observées sont rangées en 3 groupes :

1° Dégénérescence hyaline;

2° Phlébite de la veine splénique;

3° Nodules sidérosiques.

La dégénérescence hyaline des artères de la pulpe est commune après l'âge de 10 ans et ne semble pas avoir de signification pathologique.

L'endophlébite de la veine splénique est difficile à mettre en évidence chez les jeunes ; elle est probablement déterminée par une hypertension portale, la calcification et la thrombose étant des phénomènes secondaires. La thrombose de la veine splénique ne semble pas être une cause directe du syndrome anémique splénique.

Les nodules sidérosiques (nodules pigmentaires) proviennent d'hémorragies péri-artérielles qui ont leur origine dans les capillaires. Un facteur important de l'étiologie de ces hémorragies est la congestion splénique, qu'elle soit déterminée par une hyperémie artérielle ou par une hypertension veineuse.

Il est probable que la fibrose péri-artérielle de Banti a son origine dans les mêmes hémorragies péri-vasculaires. Il y a relation constante entre les nodules pigmentaires et les hématémèses. Il est infiniment probable que, dans ces cas, hématémèses et nodules pigmentaires résultent de l'augmentation de la pression portale.

Robert Clément.

Gavin Miller. ***Déshydratation dans l'obstruction intestinale*** (*Edinburgh Medical Journal*, n. s., tome XXXVIII, n° 1, Janvier 1931). — Par des expériences sur des chiens, M. a étudié le mécanisme de la déshydratation dans l'obstruction intestinale.

Les chiens étaient opérés aseptiquement sous anesthésie à l'éther et, après section du duodénum, juste en dessous de l'ampoule de Vater, on les laissait mourir d'occlusion intestinale sans traitement. Périodiquement, le sang était pris pour analyse chimique et le chien était autopsié immédiatement après la mort. Tous les cas où il y avait inflammation péritonéale furent écartés.

Le dosage de l'eau fut pratiqué dans le sang et dans les tissus chez 4 chiens normaux et comparativement aux 4 animaux servant d'expérience. Les chiffres obtenus et donnés en tableau montrent une remarquable fixité des liquides intra-cellulaires, il n'y eut aucun trouble chez les animaux atteints d'occlusion intestinale expérimentale.

M. en conclut que dans l'occlusion haute chez les chiens, la mort est due aux pertes de la sécrétion intestinale amenant la déshydratation et une déperdition d'ions, sodium et chlore. C'est seulement l'eau du plasma et du tissu interstitiel qui est éliminée. Le fluide intra-cellulaire est maintenu par une concentration ionique consistant principalement en acide phosphorique et potassium. Ceux-ci ne passent pas dans la sécrétion gastro-intestinale et la déshydratation de cette origine ne modifie pas les liquides intra-cellulaires.

Robert Clément.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

H. L. Kretschmer et **W. G. Hibbs** (Chicago). ***Tumeurs mixtes du rein dans l'enfance et la jeunesse*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, volume LII, n° 1, Janvier 1931). — Ce très important travail est basé sur 17 cas, dont les observations sont longuement rapportées et non susceptibles d'analyse.

Après avoir exposé, sans conclure, les diverses théories pathogéniques, K. et H. étudient l'anatomie pathologique de ces tumeurs.

Parfois congénitales et cause de dystocie, ces tumeurs embryonnaires du rein peuvent être bilatérales (2 cas). Leur poids a varié entre 235 et 1.530 gr. Elles sont rétropéritonéales, encapsulées, mais comprises sous la capsule du rein. Le tissu rénal est normal, sauf au contact de la tumeur, où il est comprimé et aminci ; entre le rein et la tumeur est une couche de tissu fibreux séparant les deux formations. A la coupe, la tumeur est grisâtre, ferme et grossièrement lobulée.

Ces tumeurs sont constituées par un tissu myxomateux, formé de masses de cellules polymorphes, nucléées, entourant des formations d'aspect glandulaire ou tubulaire, éparses ou abondantes, rappelant des tubes urinifères. Les éléments épithéliaux sont représentés par des cellules indifférenciées, petites ou volumineuses, sortes de nids de cellules épithéliales ou tubes embryonnaires. Le tissu conjonctif est formé d'un stroma lâche, de cellules rondes indifférenciées, de fibres musculaires lisses ou striées, le tout très irrégulièrement mélangé. Les tubes présentent un développement très variable, tantôt pleins, tantôt avec une lumière,

tapissée d'une couche de cellules cylindriques ou cubiques, parfois de plusieurs couches. Ces cellules se caractérisent par leur polymorphisme, l'abondance des mitoses et la densité de la chromatine. Jamais on n'y trouve d'os ou de cartilage.

La tumeur présente habituellement des zones de nécrose, d'autant plus étendues que sa croissance est plus rapide.

La tumeur évolue habituellement en croissant sur place: elle peut ainsi arriver à englober certains organes (pancréas, capsule surrénale), à envahir la cavité pleurale. Les métastases par voie vasculaire se font dans le foie et les poumons: jamais elles ne présentent de fibres musculaires.

Sur les 17 cas, il y avait 14 garçons et 3 filles: leur âge variait de 3 mois à 6 ans 1/2.

Cinq enfants se plaignaient de douleur au niveau de la tumeur: une fois la douleur siégeait à gauche, bien que la tumeur occupât le rein droit.

Les troubles urinaires sont très rares: l'hématurie exceptionnelle. Mais la fièvre existait dans 9 cas.

Le signe dont la découverte amène généralement les parents à consulter, c'est la présence d'une tumeur déjà volumineuse: elle siégeait 10 fois à gauche, 5 fois à droite; deux fois elle était bilatérale.

L'examen des urines a montré de l'albumine (7 fois) et une seule fois du sang. Dans aucun cas, l'examen cystoscopique n'a donné de résultat.

Une seule fois on obtint un pyélogramme normal: très souvent on n'obtient aucune image du bassinet à cause du blocage par la tumeur de la jonction urétéro-pyélique, ce qui peut amener une confusion avec une hydronéphrose avec coudure. La plus grande valeur du cathétérisme urétéral est pour le diagnostic entre une tumeur du rein et une tumeur des organes voisins.

Enfin il est important de déterminer l'existence et l'intégrité de l'autre rein puisque la bilatéralité a été observée dans 2 cas sur 17.

Le traitement chirurgical est le seul possible; mais il est rendu difficile par le volume de la tumeur lorsqu'on est consulté; aussi le pronostic est-il déplorable: 16 morts sur 17 opérés.

M. Guibé.

Harvey Cushing (Boston). ***Expériences sur les astrocytomes cérébelleux ; revue critique sur 76 cas*** (*Surgery, Gynecology and Obstétrics*, volume LII, n° 2, Février 1931). — Il est impossible d'analyser complètement un pareil article, richement illustré et où sont rapportées avec détails 76 observations. Nous nous contenterons d'un court résumé.

Les astrocytomes cérébelleux fournissent un autre exemple de tumeurs gliomateuses, qui, comme les médulloblastomes, présentent une prédilection pour un siège donné et produisent un syndrome reconnaissable.

Ces tumeurs sont probablement d'origine congénitale et leurs symptômes datent usuellement de l'enfance; l'âge moyen d'admission des malades est de 13 ans. Elles sont surtout caractérisées par des crises périodiques de céphalée matinale et de vomissements.

Par suite de leur situation au niveau du vermis cérébelleux, ces tumeurs causent inévitablement de l'hydrocéphalie secondaire, d'où atrophie de la papille dont l'origine peut être si insidieuse qu'une perte très avancée de la vision peut être le premier symptôme observé.

Les tumeurs peuvent acquérir un volume surprenant avant de provoquer un signe cérébelleux, habituellement de l'instabilité.

Ces tumeurs sont ou solides ou kystiques. Quand les tumeurs sont surtout kystiques, la récidive des symptômes est inévitable si le nodule pariétal de la tumeur n'est pas identifié et enlevé lors de l'opération.

Le diagnostic clinique oscille entre l'astrocytome et les autres formes de tumeurs, fréquentes dans la même région : médullo-blastomes, angio-blastomes, et épendymomes: la plus fréquente est l'astrocytome.

La tumeur se compose d'astrocytes fibrillaires et protoplasmiques en proportion variable: il s'agit donc d'une tumeur mixte, dure ou molle suivant le type de cellule qui prédomine. Un diagnostic immédiat des caractères cytologiques de la lésion doit être établi dans les cas douteux en employant une technique de coloration vitale.

Les tumeurs peuvent être à nu à la surface ou au contraire profondément cachées: en pareil cas, une incision verticale sur le vermis est la vraie manière de la mettre à nu. L'opération, qui peut habituellement être pratiquée à l'anesthésie locale, doit si possible être complète en un temps, car dans un deuxième temps l'éradication complète de la tumeur devient très hasardeuse.

C. a pu ainsi opérer 76 cas avec une mortalité de 18 pour 100. Celle-ci reconnaît pour cause l'inexpérience et les opérations en deux temps.

Avec une meilleure connaissance de la nature et du siège habituel de la lésion, les 25 derniers cas n'ont donné qu'une mortalité de 4 pour 100 malgré des opérations radicales prolongées suivant les techniques modernes pour obtenir la guérison en une seule séance.

M. Guibé.

REVISTA MEDICA LATINO-AMERICANA (Buenos Aires)

T. Martini et **M. Joselevich.** ***Etude clinique des anévrismes intrapéricardiques de l'aorte*** (*Revista Medica Latino-Americana*, tome XVI, n° 183, Décembre 1930). — L'anévrisme aortique intra-péricardique, de par sa situation même, offre un tableau clinique assez particulier. On comprend par exemple que le sac fibreux du péricarde empêche la poche de pointer en avant et d'user le sternum, entrave dans une certaine mesure l'expansion des battements perceptibles dans une région plus basse que celle des anévrismes extra-péricardiques. Par là même, la forme de la matité cardiaque est assez différente. Enfin le souffle correspond en général aux 3e et 4e espaces intercostaux droits, tandis que dans les anévrismes extra-péricardiques, l'auscultation doit se pratiquer vers l'union du 2e et du 3e espace.

Il est rare que l'on constate en pareil cas du retard du pouls. En revanche les symptômes de compression atteignent surtout le cœur droit soit au niveau de l'oreillette et de la veine cave supérieure (turgescence des veines du cou, œdème en pèlerine, etc., asystolie droite avec foie cardiaque, qui peut résulter en partie de la compression de la pulmonaire). C'est dans ces cas aussi que l'on a pu observer le syndrome de Bernheim avec sténose excentrique dextro-ventriculaire.

Exceptionnellement cet anévrisme s'ouvre au dehors; plus fréquemment sa rupture est ou intra-péricardique ou intra-veineuse (veine cave). Cette ouverture peut se faire encore dans l'artère pulmonaire ou dans le ventricule droit, donnant lieu à la symptomatologie classique.

M. Nathan.

A.-H. Roffo. ***La plaque photographique utilisée comme indicateur de la vitalité des tissus cultivés « in vitro »*** (*Revista Medica Latino-Americana*, tome XVI, n° 183, Décembre 1930). — L'accroissement des tissus ainsi que leur vie est lié à l'action de phénomènes oxydo-réducteurs. En présence de tels tissus le bleu de méthylène en fixant l'H devient une leucobase; il constitue donc un réactif important de la vie et de l'accroissement des cellules. Or, des tissus ou plutôt des cultures de tissus normaux ou néoplasiques mêlés au bleu de méthylène marquent leur image sur la plaque photographique; il est donc intéressant de garder cet autocliché qui ne révèle, dans ces tissus, que les parties en voie d'accroissement.

L'auteur a essayé de remplacer dans les cultures tissulaires normales ou néoplasiques le bleu de méthylène par le rouge neutre, l'induline, le sulfate de quinine; jamais dans ces conditions, même avec des tissus à croissance active, il n'a pu obtenir d'empreinte sur la plaque photographique.

M. Nathan.

L.-E. Balado. ***Syndrome de confusion mentale par azotémie*** (*Revista Medica Latino-Americana*, tome XVI, n° 184, Janvier 1931). — Les troubles psychiques liés à l'urémie sont connus de longue date et leur littérature est des plus riches. La confusion en est un des symptômes les plus fréquents. L'auteur les admet sans réserve et conteste l'opinion de Targowla qui n'impute à l'urémie que l'asthénie, l'impuissance intellectuelle, l'obtusion et la somnolence. Les autres symptômes de la confusion, symptômes mélancoliques et délirants, tiendraient au fond même du sujet. Cette réserve n'a pourtant rien de paradoxal, puisque, suivant la formule de Dupré, chacun réagit suivant son équation personnelle tant physique que psychique ; on peut dire que les phénomènes purement confusionnels sont d'ordre toxique, que les symptômes accessoires (délirants, hallucinatoires, mélancoliques) seraient d'ordre individuel.

Dans la seconde partie de cet important mémoire l'auteur avec Annes Dias rappelle qu'il y a des azotémies sans intervention ou du moins sans lésions du rein ; en ce sens urémie et azotémie ne sont pas absolument superposables. B. apporte au débat 8 observations intéressantes dont 6 atteignaient des malades exempts de tout antécédent psychique ; mais n'offraient-ils pas des dispositions latentes ?

Enfin, passant à la thérapeutique, l'auteur signale les heureux effets de l'injection intraveineuse de sulfate de soude à 5 pour 100, à la dose de 200 cmc et plus.

M. Nathan.

T. Martini et **M. Joselevich.** ***Le diagnostic des anévrismes intrapéricardiques de l'aorte (2e article)*** (*Revista Medica Latino-Americana*, tome XVI, n° 184, Janvier 1931). — Dans ce second article les auteurs s'attachent à distinguer, parmi ces anévrismes, ceux qui dérivent respectivement du côté droit ou du côté gauche de l'aorte. Ce diagnostic semble bient délicat.

Parmi les anévrismes qui dérivent du côté droit de l'aorte, ils distinguent encore deux types suivant que l'évolution est supéro ou inféro-interne.

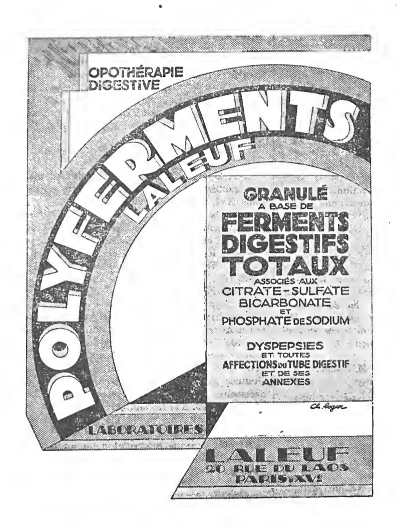
Les premiers sont plus rarement latents que les seconds. Ils se caractérisent surtout par de la dyspnée, des crises angineuses avec battement aortique et pouls de Corrigan ; à ces signes s'ajoutent ceux de l'asystolie ou de la pseudo-asystolie droite.

Les battements siègent à droite du sternum, à un espace au-dessous des battements de l'anévrisme extra-péricardique. Tandis que la matité des anévrismes extra-péricardiques est une matité en casque, celle des intra-péricardiques se continue avec celle du cœur. Cette différence de forme apparaît plus nettement sur les clichés radiographiques, ombre en hauteur dans le premier cas, ombre en largeur dans le second. Les signes électrocardiographiques semblent peut-être moins nets en dehors du syndrome de Bernheim.

Dans le cas d'anévrisme à point de départ droit, les signes fonctionnels sont peut-être moins marqués. Ce sont surtout des signes de dilatation des cavités droites, mais l'image radioscopique est souvent difficile à interpréter.

Suivent 5 observations avec tracés électrocardiographiques et radiogrammes ; l'examen des pièces nécropsiques confirma le diagnostic.

M. Nathan.



Principales Préparations des Laboratoires Laleuf

Adrépatine (Suppositoire, Pommade) - Colloïdine Laleuf - Créosal Dubois
Folliovarine Laleuf - Iodatoxine Laleuf
Pancrépatine Laleuf - Polyferments Laleuf - Trinitrine Caféine Dubois
Urisal du Dr Deschamp - Urococcine Laleuf

SÉDOSINE

SÉDATIF DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTATIF

PASSIFLORE
JUSQUIAME
CRATAEGUS

ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE

LABORATOIRES LICARDY 38, Bd BOURDON _ NEUILLY-PARIS

Ascaridiose et trichocéphalose

Considérablement exagéré par les anciens, puis regardé à tort comme d'une importance secondaire, le rôle que jouent les vers intestinaux dans la genèse de nombreuses affections paraît aujourd'hui bien démontré. On sait que l'ascaridiose peut entraîner des accidents méningitiques (Abel et Bennas) ou pseudotétaniques (Renaud), des localisations hépatiques (Noël Fiessinger, Garin, Binet), des appendicites (E. Perrin, J. Heitz), l'étranglement herniaire (E. Brumpt), l'occlusion du larynx (Dixey, Bruzzi) et que la trichocéphalose est responsable de certaines anémies pernicieuses (A. Volpe), d'entérocolites, d'hémorragies intestinales (Olivelli), d'ictère catarrhal (M. Labbé et J. Besançon), d'appendicites et qu'elle est susceptible d'ouvrir une brèche aux agents de la typhoïde, de la dysenterie et du choléra (P. Vuillemin). Aussi importe-t-il que les praticiens puissent faire un choix judicieux parmi les principaux médicaments capables de combattre ces deux parasitoses.

Semen-contra et santonine.

L'anthelminthique le plus communément employé est la santonine, principe actif du semen-contra qu'on prescrit à la dose de 0 gr. 01 par année d'âge, sans dépasser la dose maxima de 0 gr. 20 chez l'adulte. Mais c'est une drogue souvent infidèle, parfois nocive car elle peut provoquer à dose faible des troubles de la vision (xanthopsie, hallucinations de la vue), à dose élevée de la céphalalgie, des phénomènes convulsifs, de la dyspnée. On lui préfèrera le semen-contra qui, moins dangereux, doit à son complexus chimique (santonine et huile essentielle) une activité supérieure à celle de son principe isolé. On en donnera de 1 à 2 gr de 2 à 5 ans, de 2 à 5 gr. de 5 à 10 ans, de 10 à 12 gr. aux adultes, dans du miel, dans de la confiture ou sous forme de potion :

Poudre de semen-contra .... 4 à 8 gr.
Eau bouillante .... 100 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères .... 50 gr

A prendre en 4 fois à 10 minutes d'intervalle, le matin à jeun.

Thymol.

D'un emploi délicat, ce médicament sera administré 3 jours de suite, après une diète lactée de 24 heures : pendant les 8 heures qui suivront son absorption, on proscrira rigoureusement toutes les boissons alcoolisées, le vin, l'huile, la glycérine. On le donnera finement pulvérisé, aux adultes sous forme de cachets (2 à 4 gr. répartis en 3 prises) ; aux enfants, à partir de la seconde enfance, en suspension dans un julep gommeux (0 gr. 20 par année d'âge).

Huile essentielle de Chénopode.

Cette huile essentielle, à la condition qu'on ne l'emploie que très fraîche et très pure et qu'on se soit assuré de l'intégrité des fonctions rénales, est un ascaricide très efficace. On la prescrira sous forme d'émulsion :

Huile essentielle de chénopode .... 0 gr. 90
Looch gommeux .... 120 gr.

A prendre le matin à jeun en 3 fois à 1 heure d'intervalle (adultes). Après la dernière prise, purgation de 30 gr. de sulfate de soude. Réduire les doses chez l'enfant : 0 gr. 60 de 10 à 15 ans, 0 gr. 30 de 6 à 10 ans ; au-dessous 0 gr. 01 par année d'âge. Ne pas prolonger le traitement plus de trois jours, sous peine de voir se produire des accidents plus ou moins graves, notamment de la surdité.

Pyréthrines.

Les pyréthrines, principes actifs du pyrèthre, dont M. J. Chevalier a découvert l'action vermifuge, sont d'une innocuité absolue même chez l'enfant. Leur absorption sera précédée d'une diète relative pour éviter dans l'intestin la présence d'une grande quantité de matières ou de mucus pouvant annihiler l'action du médicament. On en donnera de 0 gr. 005 à 0 gr. 010 aux enfants, de 0 gr. 010 à 0 gr. 020 aux adultes, chez les premiers sous forme de solution alcoolique titrée qui, diluée dans l'eau, forme une émulsion facile à prendre, chez les seconds en perles enrobées de façon à ce que la substance active ne soit mise en liberté que dans l'intestin.

Ail.

Plusieurs auteurs modernes (G. Perez, H. Leclerc, Toscano Rico) ont remis en honneur l'emploi de l'ail comme anthelminthique. On l'administre soit *per os* sous forme d'alcoolature (XL à L gouttes par jour), de décoction (1 à 3 gousses pour une tasse de lait, faire bouillir cinq minutes) ou de sirop ainsi formulé :

Ail grossièrement pulpé .... 1 partie
Eau .... 2 parties

après cinq minutes d'ébullition dans un récipient couvert, passer avec expression, ajouter Q.S. de sucre pour obtenir un sirop dont on donne de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour ; soit en lavement (de 2 à 4 gousses pour 300 gr. d'eau ; faire bouillir dix minutes).

HENRI LECLERC.

Ascaridiose et trichocéphalose

Matricaire discoïde.

Récemment introduite en thérapeutique par V. Aymonin et par H. Leclerc, cette composée a l'avantage de n'être aucunement toxique et de débarrasser l'intestin des nématodes qui le parasitent, sans causer le moindre malaise, sans exiger qu'on lui associe aucun purgatif. Les meilleurs résultats sont ceux qu'on obtient en l'employant simultanément par voie buccale et par voie rectale. On formulera, par exemple :

A) Sommités fleuries de matricaire discoïde .... 10 gr.
Eau bouillante .... 150 gr.

Faire infuser quinze minutes : passer, ajouter 20 gr. de sucre. A prendre le soir, au coucher. Le lendemain matin, prendre un lavement ainsi composé :

Sommités fleuries de matricaire discoïde .... 30 gr.
Eau bouillante .... 300 gr.

Faire infuser vingt minutes : à utiliser après refroidissement.

B) Poudre de Matricaire discoïde .... 0 gr. 75
Sucre en poudre .... 1 gr.

Pour 1 paquet : un (enfants), 2 à 3 (adultes) dans une cuillerée d'eau, deux heures après le repas du soir. En même temps, faire usage des suppositoires suivants :

Poudre de Matricaire discoïde .... 1 gr.
Beurre de cacao .... 3 gr.

Pour 1 suppositoire : un le matin (enfants), matin et soir (adultes).

La durée du traitement sera de douze jours et même davantage, surtout lorsqu'on a affaire au trichocéphale et qu'il y a lieu de supposer qu'il a pour habitat le cæcum.

Tanaisie.

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique ont permis à M. L. Crouy de confirmer la réputation dont jouit cette plante comme ascaricide, dans la médecine populaire. Il emploie l'extrait à la dose de 2 gr. On pourra le prescrire aux adultes sous forme de bols ainsi composés :

Extrait de Tanaisie .... 0 gr. 25
Poudre de réglisse .... Q. S.

pour 1 bol : 8 de ces bols, le matin à jeun ; aussitôt après le dernier, faire absorber de 20 à 30 gr. d'huile de ricin. Chez les enfants, on utilisera soit la poudre des fleurs :

Poudre de fleurs de Tanaisie .... 0 gr. 50
Sucre en poudre .... 1 gr.

pour 1 paquet : de 2 à 4 le matin à jeun, soit l'extrait (0 gr. 50 à 1 gr.) incorporé à une potion :

Extrait de Tanaisie .... 5 gr.
Sirop de fleurs d'oranger .... 200 gr.

1 à 2 cuillerées à soupe le matin à jeun.

Mousse de Corse.

Le mélange d'algues qu'on désigne sous le nom de mousse de Corse, quoique rarement employé de nos jours, fournit de bons résultats dans le traitement de l'ascaridiose et de la trichocéphalose, surtout chez les enfants. La meilleure préparation est la décoction qu'on obtient en faisant bouillir, pendant 10 minutes, 10 gr. de mousse dans 150 gr. d'eau ; ce décocté est absorbé le matin à jeun, coupé d'une égale quantité de lait et sucré. On se trouve bien d'administrer simultanément un lavement d'une décoction à 20 pour 300. On peut également prescrire l'extrait en potion et en lavement :

Extrait de mousse de Corse ...... 1 gr.
Sirop de gomme .... 30 gr.
Lait .... Q. S. pour 150 gr.

A prendre le matin à jeun.

Extrait de mousse de Corse .... 2 gr.
Décoction de racine de guimauve .... 300 gr.

pour un lavement qu'on prendra le soir au coucher.

Absinthe.

D'une efficacité douteuse comme vermifuge, l'absinthe possède, par contre, la propriété d'empêcher la reproduction des nématodes chez les sujets qui en ont été débarrassés à la suite de l'emploi d'un autre ascaricide. Son extrême amertume ne permet de l'utiliser *per os* que chez les adultes à qui l'on prescrira l'une des préparations suivantes :

Poudre de feuilles d'absinthe .... 3 gr.
Poudre de réglisse .... 2 gr.
Poudre d'anis vert .... 0 gr. 50

pour 1 paquet : un le matin à jeun dans de la pulpe de pruneaux. 5 jours de suite.

Extrait aqueux d'absinthe .... 4 gr.
Sirop simple .... 996 gr.

1 cuillerée à soupe (représentant 0 gr. 50 de plante) avant chacun des deux repas.

Chez les enfants, on utilisera avantageusement des lavements de 200 à 300 gr. d'une infusion à 5 pour 100.

Eau sulfureuse. — Les lavements d'eau sulfureuse, dont G. Leven a signalé les heureux effets contre les oxyures, ne rendent pas moins de services dans l'ascaridiose et dans la trichocéphalose (un verre d'eau d'Enghien tiède, chaque matin, 4 ou 5 jours de suite).

HENRI LECLERC.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

A. Netter et **A. Urbain.** ***Le virus varicello-zonateux*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVI, n° 1, Janvier 1931). — Les recherches poursuivies par N. et U. depuis plus de dix ans leur font attribuer le zona à « un virus spécifique se rapprochant de celui des fièvres éruptives et étroitement apparenté avec le virus de la varicelle ».

La réaction de fixation du complément, en employant comme antigène la sérosité des vésicules et surtout l'émulsion des croûtes de zona, montre la présence d'anticorps zonateux dans le sérum sanguin des sujets atteints de cette affection.

La technique de Calmette et Massol permet de suivre les changements de la teneur en anticorps du sérum qui, minime au début de l'éruption, va en augmentant jusqu'à la fin de la troisième semaine et est encore manifeste chez des sujets dont le zona remonte de huit à neuf mois.

Sur les 100 premiers cas de zona étudiés, la réaction de fixation a montré 93 fois la présence d'anticorps.

Sur les 150 cas de zona étudiés, plus dé la moitié étaient survenus au cours de maladies locales ou générales, d'intoxications diverses et devaient être considérés comme des zonas secondaires ou des éruptions zostériformes. La réaction de fixation a été manifeste chez des sujets ayant présenté des zonas survenant chez des femmes présentant des récidives de cancer du sein, ou chez des sujets atteints d'encéphalite léthargique ou avec des zonas ayant fait leur apparition après une vaccination vénérienne ou survenus chez des tuberculeux, ou consécutifs à une injection d'arséno-benzol ou de bismuth. On peut admettre que ces infections ou intoxications ont eu une action activante sur le virus zonateux qui s'est comporté comme un virus de sortie.

La déviation du complément permet d'établir que le sang des sujets atteints de varicelle se comporte exactement de la même façon vis-à-vis des croûtes de zona que vis-à-vis de celles de la varicelle et que les croûtes de varicelle peuvent être substituées aux croûtes de zona dans les épreuves auxquelles sont soumis les sujets atteints de zona.

La quasi-constance des réactions de fixation amène N. et U. à « voir dans tous les cas de zona l'expression du virus de la varicelle » et à parler de virus varicello-zonateux. Ils rapportent au même virus la fièvre zostérienne et les exanthèmes zostériformes et voient dans le virus de la varicelle l'agent causal de tous les zonas. Le virus varicello-zonateux est susceptible de mutations au même titre que le virus variolo-vaccinal.

Robert Clément.

C. Levaditi, E. Schmutz et **L. Willemin.** ***Etude de l'épidémie de poliomyélite du département du Bas-Rhin*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVI, n° 1, Janvier 1931). — De Mai à Octobre, il a été enregistré, dans le département du Bas-Rhin, 405 cas typiques de poliomyélite, soit un pourcentage de 60,3 pour 100.000 habitants, correspondant à une épidémie sévère, si l'on tient compte des formes frustes et atypiques qui ont échappé à la statistique.

L'épidémie a débuté peu avant le 1er Juin, atteint son maximum en Juillet, décru en Août et Septembre pour s'éteindre avant le 1er Octobre.

84 pour 100 des cas sont survenus chez des sujets n'ayant pas 6 ans; 11 pour 100 ont atteint les sujets d'âge scolaire (6 à 14 ans); 5 pour 100 seulement au-dessus de 14 ans.

La mortalité a été dans l'ensemble de 10 pour 100: 7, 5 pour 100 à la période pré-scolaire, 16 pour 100 à l'âge scolaire, 20 pour 100 chez les adolescents.

La réceptivité des sujets à l'égard du virus poliomyélitique a été, comme toujours, des plus inégales: s'agit-il d'une plus grande perméabilité des muqueuses naso-pharyngées ou digestives, d'une sensiblité plus accusée du névraxe? Certains sujets sont-ils immunisés? Kling et Levaditi ont révélé la présence d'anticorps virulicides dans le sang de 8 sujets restés indemnes malgré un contact intime et persistant avec des malades.

Les sujets atteints par la poliomyélite appartiennent au groupe sanguin A, dans la proportion de 56,4 pour 100 des cas.

Il n'y a aucun rapport direct entre le chiffre de la population des localités contaminées et la morbidité globale; de tout petits villages ont pu constituer des foyers à morbidité élevée. Certains territoires du département, même parmi ceux situés dans la plaine, ont été totalement épargnés. L'extension de l'épidémie s'est effectuée d'abord dans une région bordant la rive gauche du Rhin, du nord au sud, par conséquent en sens inverse du courant du fleuve et de la nappe souterraine. Dans une seconde phase, les cas se sont échelonnés de l'est vers l'ouest, de la plaine vers la montagne, en remontant les affluents du Rhin. Dans cette deuxième phase, il s'est agi surtout de cas isolés et de tout petits foyers.

Il semble que le virus, en se propageant, crée un état d'immunité régionale: topographiquement parlant, la poliomyélite ne revient pas en arrière.

La poliomyélite a frappé surtout les localités situées dans la plaine rhénane ou le long des rives de certains affluents du Rhin. Elle semble s'attaquer de préférence aux agglomérations vivant à l'orée de certaines forêts et ne pénètre que difficilement dans les régions de haute altitude. L'étude géographique de l'épidémie semble mettre en lumière le rôle du sol; les régions humides, berges de rivières, voisinage de forêts, jouent un rôle favorisant, mais il faut noter aussi que dans ces mêmes contrées, la population est plus dense.

L'étude des conditions climatiques montre qu'une vague de chaleur a précédé et accompagné l'éclosion de l'épidémie poliomyélitique du Bas-Rhin. Elle fut précédée par une période de sécheresse. Le maximum de la courbe de morbidité globale coïncide avec le minimum de niveau d'eau de la nappe souterraine.

La morbidité globale la plus élevée a été constatée surtout dans les localités dont l'eau d'alimentation est une eau de surface; les villages utilisant l'eau de source ont paru plus rarement et moins fortement atteints. La répartition des foyers a suivi dans l'ensemble le système orographique du pays. Cependant, L. S. et W. n'ont pas l'impression que les faits observés aboutissent nécessairement à la conclusion que la maladie de Heine et Médin est une affection éminemment hydrique.

Aucune donnée n'a pu être recueillie en faveur de la propagation par le lait.

La durée d'incubation paraît être de dix à quatorze jours, si l'on admet que la poliomyélite se transmet par contact interhumain. Or, *chaque fois que l'enquête a pu être effectuée, elle a permis d'établir la possibilité d'une transmission du virus par contact interhumain et, en aucune occasion, l'hypothèse de la propagation de la maladie par l'intermédiaire de l'eau de boisson ou des aliments ne s'est imposée de manière exclusive.* D'autres conditions extrinsèques, géographiques, géologiques, hydrographiques ou climatiques, s'ajoutent au contact interhumain pour faciliter le développement et l'éclosion des épidémies.

Robert Clément.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

Zimmern et **Arvanitakis** (Paris). ***La radiographie des lésions discrètes du poumon*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome XV, n° 1, Janvier 1931). — L'obtention de radiographies montrant les lésions légères du poumon est un problème sur lequel les radiologistes ne sont point d'accord: Stéphani (Lausanne) conseille des rayons très pénétrants tandis que Bronkhorst (Hollande) fait l'apologie de rayons très peu pénétrants. En réalité, pour des lésions importantes, toutes les techniques, si on les utilise bien, peuvent être satisfaisantes. Mais en est-il de même quand on veut découvrir de faibles altérations? Pour avoir une bonne image, il est nécessaire que la radio soit faite à une certaine distance pour qu'il n'y ait pas une trop grande différence de netteté entre les différents points du poumon — que la source d'émission (point d'impact sur l'anticathode) soit assez faible pour que l'étalement du rayonnement ne fasse pas disparaître les fins détails — que le sujet et ses organes soient parfaitement immobiles (pose aussi courte que possible). Mais de plus il faut obtenir des images où les contrastes soient suffisants.

Z. et A. passent en revue les différents facteurs de divers ordres qui ont à intervenir, en particulier ceux qui proviennent de l'instrumentation. Ils préconisent l'uniformisation de la technique de façon à ce que des clichés, faits par différents radiologistes, soient comparables. Pour eux, ils utilisent 65.000 volts avec une distance de 1 m. 20 et une pose de 1 dixième de seconde. Ces conditions donnent de bons résultats chez les adultes de taille moyenne: chez les sujets très épais, quelles que soient les modifications de technique, ils pensent qu'on ne peut jamais obtenir de clichés absolument parfaits. Par contre, chez les enfants, on peut diminuer le voltage, ou même en certains cas ne pas utiliser d'écran renforçateur.

En somme, cet excellent article est surtout une discussion des facteurs qui doivent conduire à une technique rationnelle; mais Z et A. concluent sagement qu'il faut attendre les progrès de l'instrumentation avant de pouvoir arriver à obtenir toujours des images vraiment comparables.

A. Laquerrière.

REVUE NEUROLOGIQUE (Paris)

Forster. ***La valeur des méthodes biopsiques pour le diagnostic des tumeurs du système nerveux central*** (*Revue neurologique*, 38e année, tome 1, n° 1, Janvier 1931). — A l'examen clinique des malades atteints de néoplasme intracranien, F. propose d'ajouter la ponction du cerveau et l'examen du liquide céphalo-rachidien, véritables biopsies pratiquées sur le vivant, susceptibles de donner de plus amples précisions sur le siège de la tumeur, et sa nature histologique.

F. emploie pour cela un petit trépan de 2 mm. 1/4, qui sert à traverser l'os et les parties molles, et introduit à travers l'orifice une aiguille de 1 mm. 3 d'épaisseur et de 0 mm. 8 de diamètre, munie d'un mandrin, d'une longueur variant de 7 à 12 cm.

Cette intervention se fait après anesthésie de la peau au chlorure d'éthyle, et quand on croit être au niveau de la tumeur on aspire avec une seringue. Le cylindre de substance cérébrale ainsi retiré est fixé dans l'alcool à 96°, puis inclus et coloré. L'on ponctionnera au point où l'on croit devoir siéger la tumeur. L'important est d'éviter les gros vaisseaux, ce qui est assez aisé pour ceux de la surface, plus malaisé pour ceux de la profondeur. Il est exceptionnel d'occasionner par cette technique des hémorragies graves.

Cette technique est la seule qui permette de fournir des données précises sur la nature histologique des néoplasmes. Elle peut permettre de reconnaître des cysticerques, de localiser un abcès.

Au point de vue thérapeutique, elle peut permettre de décomprimer le cerveau au cas d'hémorragie cérébrale, épidurale ou sous-durale, dans l'hydrocéphalée congénitale ou acquise, auquel cas elle a besoin d'être répétée, l'évacuation des kystes dont la poche devra être remplie d'air.

Les dangers de la ponction sont très minimes. Le trajet de l'aiguille comme l'a montré Pfeiffer s'oblitère du dix-neuvième jour au dixième mois par prolifération de tissu mésodermique. Les accidents mortels peuvent être le fait d'une hémorragie, ou encore d'œdème cérébral. Les injections de sérum hypertonique seront alors indiquées.

F. insiste en outre sur l'intérêt de l'examen du liquide des espaces sous-arachnoïdiens ou des ventricules qui permet de reconnaître fréquemment la présence de cellules tumorales.

H. Schaeffer.

Alajouanine et Thurel. ***Révision des paralysies associées des globes oculaires*** (*Revue neurologique*, 38e année, tome I, n° 2, Février 1931). — Dans ce très important mémoire les auteurs font successivement une étude sémiologique, anatomophysiologique et clinique des paralysies des mouvements associés des yeux, qui les mènent aux conclusions suivantes.

Il existe deux types de paralysies: les paralysies des mouvements volontaires avec conservation des mouvements réflexes, et les paralysies complètes supprimant à la fois les mouvements volontaires et réflexes.

La paralysie des mouvements volontaires seuls relève de lésions détruisant les centres psychomoteurs du regard qui sont prérolandiques ou des connexions qui réunissent ces centres aux noyaux oculo-moteurs.

La perte du regard volontaire dans toutes les directions, associée le plus souvent à une diplégie faciale, est déterminée par des lésions prérolandiques bilatérales.

La paralysie des mouvements volontaires de latéralité est exceptionnelle, et liée à des lésions de la zone rolandique. La paralysie isolée des mouvements de verticalité est due à une double dégénération pyramidale.

Les paralysies globales, intéressant les mouvements volontaires et réflexes, ne relèvent que des lésions proches des noyaux moteurs oculaires, où convergent les diverses voies d'activité volontaires ou réflexes, la commissure blanche postérieure, et les faisceaux longitudinaux postérieurs.

La paralysie complète du regard est exceptionnelle; elle nécessiterait une atteinte de ces deux voies.

La paralysie complète des mouvements de verticalité est due à une lésion juxtaquadrigéminale de la commissure blanche postérieure.

La paralysie complète des mouvements de latéralité est liée à une lésion de la calotte protubérantielle postérieure, détruisant le faisceau longitudinal postérieur droit en cas de paralysie vers la droite, le faisceau gauche en cas de paralysie vers la gauche.

L'abolition des mouvements réflexes est souvent dissociée, certains étant intéressés alors que d'autres sont intacts. La paralysie du regard d'origine mésocéphalique est même parfois dissociée, en cas de paralysie globale en voie de régression.

Les centres d'activité volontaire ou réflexe agissent directement sur les noyaux oculo-moteurs, et la conception des centres supranucléaires n'est plus actuellement admissible.

H. Schaeffer.

LE NOURRISSON
(Paris)

E. Lesné et G. Dreyfus-Sée (Paris). ***L'influence des rayons ultra-violets sur la sécrétion lactée chez la femme*** (*Le Nourrisson*, 19e année, n° 2, Mars 1931). — L. et D.-S. ont pratiqué sur un certain nombre de femmes des irradiations mammaires quotidiennes et d'intensité croissante. Ils tirent de leurs observations la conclusion que l'irradiation mammaire, facile à réaliser, est une méthode pratique et souvent efficace d'excitation d'une sécrétion lactée insuffisante, à condition toutefois de poursuivre le traitement de façon régulière et d'employer des doses suffisantes.

Le lait fourni par ces nourrices n'est pas modifié dans sa composition chimique mais subit une variation biologique qualitative caractérisée par l'apparition du facteur antirachitique en quantités notables.

En outre, l'influence eutrophique de l'irradiation s'exerce sur l'état général de la nourrice, malgré la limitation des irradiations.

Le mode d'activité des irradiations mammaires reste encore imprécis et il est impossible actuellement de spécifier en quoi cette action locale diffère de l'influence exercée par les irradiations générales, et même d'affirmer qu'il existe une différence essentielle entre les deux processus.

Mais, dans l'ensemble, cette méthode favorisant la sécrétion lactée peut être utilisée sans nul risque et présente le double avantage d'exercer une action favorable sur la quantité et la qualité du lait fourni à l'enfant, tout en améliorant l'état général de la mère.

G. Schreiber.

REVUE ODONTOLOGIQUE
(Paris)

Bjerrum (Copenhague). ***Etude sur les affections oculaires d'origine dentaire*** (*Revue odontologique*, tome CII, n° 3, Mars 1931). — B. reprend la question toujours à l'ordre du jour des interdépendances entre les affections dentaires et oculaires.

Après avoir cité les cas rares et de pathogénie évidente d'accidents orbito-oculaires par contiguïté: phlegmons de l'orbite, thrombo-phlébite des veines ophtalmiques, fistules près du canthus interne (consécutives à un ostéo-phlegmon issu de la canine), près du canthus externe (en relation avec la monoarthrite apicale des prémolaires), dacryocystite, et après avoir éliminé les accidents réflexes (douleurs, larmoiement), B. en arrive aux accidents métastatiques, à l'infection focale d'origine dentaire se localisant à l'œil.

Il signale quelques cas de conjonctivite, de neurorétinite hémorragique, de décollement de la rétine, de névrite rétrobulbaire et s'attarde *à l'étude de l'étiologie de l'iritis, de l'irido-cyclite qui domine la question*. Lorsque la nature *tuberculeuse* ou *syphilitique* de l'iritis est éliminée, son étiologie devient, en effet, incertaine. *L'origine rhumatismale* est niée par certains auteurs qui croient alors à une infection focale. A ce point de vue, les statistiques oscillent entre 20 et 50 pour 100 d'iritis consécutifs à des infections dentaires. B., examinant 50 malades atteints d'iritis de cause indéterminée, en trouve 42 avec des lésions dentaires:

6 à iritis double, sur lesquels le traitement dentaire n'a eu aucune influence.

36 à iritis unilatéral, dont 16 n'avaient de lésions dentaires que du côté de l'iritis; un cas fut guéri en 2 jours après l'extraction d'une grosse molaire; dans 6 cas, on crut à une amélioration, mais quelques mois plus tard, l'affection oculaire récidiva.

La pyorrhée paraît moins nocive à ce point de vue que les granulomes. Il est possible que les lésions oculaires soient microbiennes; l'auteur, se basant sur la rapidité d'action de l'intervention dentaire, croit plutôt à une action toxique. En matière de conclusion: ne pas nier mais ne pas exagérer le rôle des infections focales dentaires, mais de toute façon, suivant les cas, soigner ou enlever les dents malades pour débarrasser l'organisme de foyers infectieux latents.

C. Ruppe.

GAZETTE HEBDOMADAIRE
des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

R. Dupérié. ***Contribution à l'étude histologique et microbiologique de l'hypophyse des nourrissons hérédo-syphilitiques*** (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, tome LII, n° 5, 1er Février 1931). — Sur 15 nourrissons hérédo-syphilitiques, morts entre quelques jours et 7 mois et 1/2 et sur un fœtus macéré de 6 mois et 1/2, D. a fait une étude histologique de l'hypophyse. Dans tous les cas, sauf 5, on a trouvé des tréponèmes nombreux ou rares au niveau de l'hypophyse qui a paru l'une des glandes endocrines le plus fréquemment parasitées.

Dans la plupart des cas est notée l'intensité de la sclérose: « sclérose péri-vasculaire, péri-cordonale et juxta-nerveuse, dont les localisations provoquent la congestion vasculaire et la stase sanguine et sont susceptibles de troubler l'excrétion hémocrine et neurocrine des produits glandulaires en particulier de l'excrétion de la colloïde ». On note en outre des lésions d'hyperplasie avec abondance de cellules chromophiles, mais on ne trouve pas que des signes d'hyperfonctionnement; il existe aussi des lésions atrophiques avec production scléro-gommeuse qui doivent correspondre à une hypofonction.

Les constatations anatomiques ne correspondent pas dans les observations publiées à des syndrômes endocriniens qui n'ont pas eu vraisemblablement le temps de se développer, mais elles permettent peut-être d'éclairer certains faits cliniques et de rattacher à l'hérédo-syphilis un certain nombre de cas de gigantisme, d'acromégalie, d'infantilisme et de nanisme, de cachexie, de syndromes adiposo-génitaux. Et l'on peut faire une part à l'hypophyse dans les anomalies de développement et les dystrophies des hérédo-syphilitiques.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

A. Dufourt. ***Primo-infection et réinfection tuberculeuses chez l'enfant*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 267, 20 Février 1931). — La primo-infection tuberculeuse est dans la grande majorité des cas, même chez le nourrisson, réellement bénigne. Ce qui est redoutable, ce sont les infections secondes, les surinfections, si elles sont massives et répétées.

« La primo-infection produit des lésions congestives ou granuliques; elle n'a pas d'expression fibro ou ulcéro-caséeuse. » La granulie n'est pas très fréquente, les lésions congestives guérissent spontanément; si l'on examine attentivement les faits, on aboutit à cette conclusion que la primo-infection tuberculeuse est rarement mortelle, rarement pro-

gressivement évolutive, chez l'enfant et chez le nourrisson.

Les réinfections au contraire créent presque constamment des lésions fibro-caséeuses de pronostic redoutable. Elles peuvent être de 2 ordres, endogènes et exogènes. « Sans nier la part des réinfections endogènes, dont on peut trouver l'illustration type dans les granulies consécutives à l'ulcération d'un petit vaisseau et dans les explosions tuberculeuses consécutives à l'anergie provoquée par une maladie infectieuse, nous sommes tentés d'accorder dans le cycle de l'infection tuberculeuse une part prépondérante aux infections venues du dehors.»

Toutes les contaminations faisant suite à la première ne créent pas toujours des lésions de type caséeux ou fibro-caséeux. Les doses, la virulence du germe jouent un rôle dans le déterminisme de ces lésions : des contages très discrets et suffisamment espacés ne peuvent que tendre à renforcer l'immunité progressive du sujet.

Il est possible que les différences évolutives soient commandées par des variations morphologiques du virus tuberculeux. On connaissait autrefois les tuberculoses sans bacille et la découverte des formes filtrables du bacille de Koch est venue éclairer ces faits. La typho-bacillose est une forme très spéciale qui ne se rencontre qu'au cours de la primo-infection et ne récidive jamais. D. et Arloing ont pu déceler dans le sang des sujets atteints de typhobacillose l'ultra-virus tuberculeux.

Bien qu'il ne faille pas trop synthétiser sa pensée en des formes trop concrètes et trop simples, il n'est pas inutile de signaler l'opposition qui existe tant du point de vue anatomo-clinique que du point de vue bactériologique entre la primo-infection et la réinfection tuberculeuses.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE

(Genève-Lausanne)

M. Roch. *Encore la méningite lymphocytaire bénigne; la forme méningée de l'encéphalite épidémique* (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, tome LI, n° 1, 25 Janvier 1931). — 5 observations de méningites lymphocytaires bénignes suivies de guérison permettent à R. de discuter à nouveau l'étiologie de ce syndrome.

On peut observer des méningites lymphocytaires bénignes ou des réactions méningées au cours de nombreuses septicémies, affections nerveuses ou intoxications, mais la caractéristique des cas en question est de guérir sans avoir fait la preuve de leur étiologie.

Dans une des observations, on relevait des antécédents tuberculeux familiaux et personnels, mais toutes les tentatives pour déceler la présence du virus tuberculeux filtrant sont demeurées vaines. Chez deux malades, la recherche du spirochète de Inada et Ido, par inoculation au cobaye, fut négative et la séro-agglutination fut négative avec plusieurs souches de spirochètes. En l'absence de zona, d'herpès, on peut songer à la forme méningée de la maladie de Heine et Médin et certaines observations de méningites lymphocytaires bénignes doivent relever de cette cause.

Mais, parmi les nombreux cas encore inexplicables, R. pense qu'il faut faire une place de plus en plus importante aux formes méningées de l'encéphalite léthargique. Parmi les cas rapportés, 2 ont manifesté des symptômes de localisation périphérique du virus de l'encéphalite; d'autres semblent pouvoir être rapportés à la maladie d'Economo, par l'apparition de signes comme l'aspect figé et les attitudes catatoniques ou les myoclonies rythmées.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Vienne et Munich)

Gregory Shwartzman. *Réactivité cutanée locale à l'égard de divers filtrats de culture bactérienne ; nouveau phénomène immunologique* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 41, 11 Octobre 1930). — En traitant des bacilles typhiques avec de la trypsine puis en filtrant, S. a obtenu un produit qui, injecté sous la peau du lapin, provoque un léger érythème et parfois rien du tout. Si on injecte ce même filtrat dans la veine de l'oreille un peu plus tard, à la dose de 3 cmc par kilogramme de poids du corps, on constate, au bout de 2 heures, à l'endroit de la première injection, une teinte bleuâtre puis de plus en plus foncée et rougeâtre et finalement la formation d'une plaque gangreneuse avec séquestration et cicatrice consécutive. L'examen microscopique permet de constater à cet endroit les signes d'une hémorragie marquée et de nécrose.

Ce phénomène a pu être reproduit avec divers germes dont : les bacilles paratyphiques, Shiga, Flexner, coli, divers streptocoques non hémolysants, un streptococcus viridans, un streptocoque hémolytique, divers pneumocoques et méningocoques ainsi que le bacille de l'influenza. Pour faire apparaître cette réaction, il faut, entre la première et la deuxième injection, un intervalle de 24 heures. Avant la 2e heure et après la 48e, il ne se produit rien. Il n'existe pas de relations entre l'intensité de la réaction provoquée par la première injection et celle qui résulte de la deuxième. Si la deuxième injection, au lieu d'être intraveineuse, est sous-cutanée comme la première, la réaction n'apparaît pas. Elle n'apparaît pas non plus lorsque la deuxième administration est orale ou intra-musculaire.

Un bouillon traité avec de la trypsine, pas plus que la térébenthine, la tragacanthia, l'albumine cristallisée, le sérum de cheval, la trinitrine en solution alcoolisée, l'encre de Chine et l'arséniate de soude ne permettent de rendre la peau sensible à l'injection intraveineuse de filtrat. De même ces substances ne permettent pas de produire la réaction hémorragique sur une peau sensibilisée. Le facteur préparant résiste à la chaleur et le pH entre 9 et 4 n'a pas d'influence sur lui. Le sulfate d'ammonium précipite aussi bien la substance qui prépare que celle qui déclanche la réaction. Ces facteurs peuvent d'ailleurs être titrés bien que certains lapins se montrent insensibles.

P.-E. Morhardt.

Gregory Shwartzman. *Réactivité cutanée locale à l'égard de divers filtrats de culture bactérienne; nouveau phénomène immunologique* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 42, 18 Octobre 1930). — Les facteurs préparants peuvent être neutralisés par un immunsérum préparé selon les règles ordinaires. On constate que ces facteurs possèdent un pouvoir antigénique spécifique. De même, les facteurs actifs dans l'injection intraveineuse peuvent être neutralisés par un immunsérum. Quand on combine l'action d'un facteur préparant fourni par un certain micro-organisme avec le facteur déclanchant d'un autre micro-organisme, on constate que la réaction hémorragique ne se produit pas avec certains germes mais se produit avec d'autres. Ainsi, par exemple, le bacille typhique peut remplacer le méningocoque ou le coli. L'auteur a également essayé de transmettre la réactivité cutanée pour des filtrats de bacilles typhiques. Mais il n'est arrivé à aucun résultat. Par contre, il a pu provoquer l'apparition de cette réactivité locale dans les reins et dans les poumons.

Pour l'auteur, ce phénomène est très différent des phénomènes d'anaphylaxie locale et notamment du phénomène d'Arthus.

En somme, le phénomène provoque, dans des tissus antérieurement résistants, une sensibilité induite pour les toxines neutralisables provenant d'organismes qu'on croyait incapables de produire des toxines.

S. s'est également occupé de préparer des sérums antitoxiques à l'égard du méningocoque, du coli et du bacille typhique. Il a ainsi constaté que le titre de l'agglutination d'un sérum antiméningococcique n'est pas parallèle à son pouvoir neutralisant.

P.-E. Morhardt.

Erich Urbach. *Désensibilisation orale dans les dermatoses alimentaires et idiosyncrasiques au moyen de peptones spécifiques* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 44, 1er Novembre 1930). — Dans ce travail, U. tient compte des nombreuses recherches qui ont été faites, en France, sur ce sujet par Pagniez, Vallery-Radot, Lambert, Richet, etc. Quand il est en présence de lésions cutanées apparemment dues à une idiosyncrasie alimentaire, il soumet le malade à un régime extrêmement réduit pendant deux ou trois jours et comprenant du thé, du café, du sucre, du beurre, des pommes de terre, des légumes foliacés et des fruits sauf des bananes. S'il y a amélioration, c'est que, très vraisemblablement, il s'agit bien d'une idiosyncrasie alimentaire et alors il prescrit un régime très pauvre en albumines animales aussi bien que végétales et supprime, en même temps que les aliments d'origine animale, les haricots, les pois, les lentilles et le pain. En ajoutant à ce régime fondamental certains aliments, il arrive parfois à déterminer la cause de la maladie ou encore il soumet au régime sans albumine pendant quinze jours ce qui rend moins sensible.

Pour désensibiliser il a recours à l'administration, lentement progressive, de l'allergène et surtout de peptones spécifiques selon le principe de skeptophylaxie. Il fait remarquer que les insuccès rencontrés avec cette méthode sont dus souvent, comme Luithlen l'a déjà noté, au fait que les peptones employées ne sont pas suffisamment spécifiques. Il donne à ce sujet une observation montrant qu'une hypersensibilité peut se manifester pour le blanc d'œuf de poule et non pour le blanc d'œuf de canard.

Au point de vue technique, il fait préparer 12 peptones utilisables dans un but diagnostique (œuf, lait, viande de veau, de bœuf, de porc, poisson de mer, poisson d'eau douce, céréales, haricots, lentilles, pois). L'administration d'une ou deux tablettes de ces préparations doit permettre de faire un diagnostic causal et d'instituer ensuite une thérapeutique convenable. L'auteur pense que 15 jours de traitement suffisent pour désensibiliser. Il fait prendre ces préparations non pendant la digestion, mais une heure avant les repas qu'il réduit au nombre de 3 et interdit de rien prendre entre eux.

Lorsque l'allergène exact ne peut pas être retrouvé, il ne permet de consommer que des aliments pour lesquels le malade possède une peptone spécifique et oblige à prendre, avant chaque repas, un choix de peptones spécifiques variant avec le menu.

L'auteur insiste encore sur la préparation des aliments qui peut intervenir puisque les œufs cuits sont parfois supportés, alors que les œufs crus ne le sont pas. Il a obtenu de bons résultats en nettoyant l'intestin au moyen de la douche intestinale « subaquale ». Il recommande également la méthode de désinfection intestinale de la créosote selon Pick et Kämmerer.

P.-E. Morhardt.

A. Hirsch. *La lipémie alimentaire* (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 44, 1er Novembre 1930). — H. a étudié la lipémie alimentaire selon la méthode de Bürger et Habs chez une série de

sujets atteints ou non d'affections hépatiques afin de voir si cette épreuve est véritablement utile en clinique.

Pour cela, il administre 5 gr. de cholestérine en solution dans 100 gr. d'huile d'olive additionnée de 2 gouttes d'essence de menthe. On recueille quelques centimètres cubes de sang 3 ou 4 heures après cette ingestion et parfois même plus tard. On laisse sédimenter spontanément et on examine le sérum macroscopiquement. On prend du sang le lendemain (ou la veille) pour avoir un sérum de contrôle.

Les recherches ont porté sur 102 cas qui ont donné lieu à 131 épreuves. Les conclusions de l'auteur sont celles-ci : chez tous les sujets normaux, de même que dans le diabète et dans le Basedow, on observe, après cette épreuve, une lipémie nette. Par contre, la lipémie ne s'observe jamais dans tous les cas d'obstruction complète du cholédoque. On constate un trouble modéré du sérum dans les cas d'ascites d'étiologies diverses, dans les fièvres sévères et dans la cachexie.

La cirrhose du foie occupe une situation très spéciale. Dans les cas cliniquement certains la lipémie alimentaire manque régulièrement ou est très peu sensible. Par contre, les cas de cirrhose dont le diagnostic n'est pas certain se comportent de façon variable. Dans ce groupe qui comprend 25 cas, il y avait 15 ascites dont 3 avec lipémie alimentaire normale. Sur les 10 cas sans ascite la lipémie a été normale 4 fois. L'auteur considère que cette épreuve constitue un certain enrichissement pour le diagnostic clinique de la cirrhose du foie.

P.-E. Morhardt.

A.-V. Marx. ***La rate et le métabolisme des hydrates de carbone*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 44, 1er Novembre 1930). — Les relations de la rate et du métabolisme des hydrates de carbone ont été mises en évidence par Togawa. M. reprend ces recherches, non pas en bloquant le système réticulo-endothélial comme Togawa, mais en pratiquant la splénectomie. Il constate que 6 ou 7 jours après l'intervention la courbe du sucre du sang, déterminée par dosage toutes les demi-heure, montre les particularités suivantes : Elle s'élève au bout d'une demi-heure à 108 au lieu de 56 pour 100 chez l'animal témoin. Au bout d'une heure elle a monté encore à 111 pour 100 tandis que chez le témoin elle redescend déjà.

Avec la méthode de Traugott, qui consiste à administrer le glucose en 2 fois à une heure d'intervalle, on provoque chez l'animal splénectomisé une nouvelle élévation beaucoup plus importante que chez l'animal normal qui, à cet égard, ne se comporte pas comme l'homme. En effet, la deuxième administration n'entraîne pas l'élévation du sucre du sang chez les sujets normaux.

L'administration d'extrait de rate, préparé en faisant macérer de la pulpe de rate dans de l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique, diminue l'ascension du sucre du sang chez l'animal splénectomisé et rapproche sensiblement la courbe de ce qu'on observe chez l'animal normal. L'auteur se borne à exposer ces faits sans discuter s'ils comportent des conséquences thérapeutiques.

P.-E. Morhardt.

F. Högler. ***Les actions réciproques entre le foie et la rate; contribution au traitement splénique de l'érythrémie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 44, 1er Novembre 1930). — H. donne 2 observations d'érythrémie. Dans un premier cas, qui était sévère, la curiethérapie des os a donné de bons résultats, mais n'a pas pu être poursuivie indéfiniment à cause de lésions de la peau qui étaient à craindre. On a donc eu recours à l'administration de rate qui, au bout de 4 semaines et demi, a fait baisser les hématies de 8 à 7 millions, puis, au bout de 11 semaines, à 6 millions et finalement jusqu'à un chiffre normal.

Dans un autre cas, la curiethérapie a également donné de bons résultats, mais une rechute a rendu nécessaire un traitement par la rate. En 8 semaines le taux des hématies est redevenu normal.

Chez une femme atteinte d'anémie pernicieuse typique, l'extirpation de la rate a provoqué une amélioration caractéristique. Plus tard, cependant, il y a eu rechute et l'administration de foie, 2 transfusions du sang, ainsi que l'ingestion de fer, ont provoqué l'apparition d'une érythrémie sévère qui disparut sous l'influence de la thérapeutique splénique pour faire place à un nouvel état d'anémie pernicieuse.

Ainsi la curiethérapie de la moelle osseuse est efficace. Par contre, l'irradiation aux rayons X paraît sans action nette bien que, dans quelques cas, elle ait pu améliorer des symptômes d'anémie pernicieuse ou non. Les bons effets de l'administration de rate sont nettement démontrés par les observations de l'auteur. Cependant, les modifications de l'urine qui s'observent après curiethérapie ne sont pas constatées parce que l'action de la rate est plus lente.

Le traitement de l'anémie pernicieuse par splénectomie a eu des effets satisfaisants à plusieurs reprises chez des malades chez lesquels on n'obtenait rien avec les traitements ordinaires. L'administration de foie après splénectomie paraît, d'après l'observation de H., avoir des effets plus marqués. Dans tous les cas, le foie et la rate sont antagonistes au point de vue nombre des hématies : tandis que le foie fabrique une substance qui augmente ce nombre, la rate en fabrique une qui le diminue. D'ailleurs Silberstein et Kretz ont fait diminuer le nombre des hématies en dérivant le sang de la veine splénique dans la veine cave inférieure. En somme il y a lieu d'admettre que dans la pathogénèse de l'anémie pernicieuse et de l'érythémie il doit exister un trouble des actions réciproques du foie et de la rate.

P.-E. Morhardt.

G. von Conta. ***Recherches sur la polyarthrite aiguë rhumatismale et les infections focales*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 46, 15 Novembre 1930). — C. a recherché les malades soignés depuis au moins 5 ans pour polyarthrite aiguë à la première clinique universitaire de Munich en laissant de côté les malades âgés de moins de 15 ans ou de plus de 50 ans. Il a retrouvé ainsi 204 cas dont 110 femmes et dont 74 (36 pour 100) avaient une atteinte cardiaque vraisemblablement rhumatismale.

Dans tous les cas, il a été fait appel à des médecins spécialistes pour rechercher les foyers d'infection dans les amygdales, les sinus, les dents ou l'appareil génital quand il s'agissait de femmes. Les dents étaient malades dans presque tous les cas.

La suppression opératoire d'un foyer infectieux a été réalisée chez 97 malades. Ceux-ci présentèrent 27 pour 100 de récidives ultérieures. Des récidives n'ont été observées que 22 fois sur 100 lorsque le foyer n'a pas été traité. Les polyarthrites ont récidivé 8 fois sur 100 quand le cœur était sain et 27 fois pour 100 quand il était atteint déjà au premier accès.

Des facteurs allergiques doivent dans ce dernier cas intervenir dès la première atteinte. Pour C. un organisme prédisposé est progressivement sensibilisé à l'égard des germes ubiquitaires de sorte que l'ablation du foyer infectieux ne peut supprimer la sensibilisation. Ce sont, avant tout, des facteurs constitutionnels qui décident s'il y aura ou non nouvelle récidive.

Parmi les malades revus par l'auteur, il y avait 54 pour 100 d'asthéniques-hypoplastiques, 37 pour 100 de pykniques et 9 pour 100 d'athlétiques. Ces constatations sont en opposition avec celles de Stiller qui admet que les asthéniques sont peu sensibles au rhumatisme. La polyarthrite a été retrouvée dans la famille du malade dans 32 pour 100 des cas lorsqu'il s'agissait d'une première atteinte et dans 51 pour 100 des cas lorsqu'il s'agissait d'une récidive. Le pied plat et la scoliose ont été retrouvés 46 ou 67 fois sur 100 suivant qu'il s'agissait ou non d'une première atteinte. Le refroidissement habituel des extrémités a été constaté 34 et 64 fois pour 100.

L'aortite syphilitique s'est accompagnée 20 fois sur 100 de polyarthrite rhumatismale aiguë, proportion beaucoup plus élevée que pour d'autres maladies, notamment pour l'épilepsie et la leucémie. Il y aurait peut-être, en pareil cas, prédisposition organique constitutionnelle.

En somme, l'ablation des amygdales et le traitement des dents ont permis parfois de guérir des polyarthrites persistantes mais n'ont pas eu d'action sur les rechutes.

P.-E. Morhardt.

N. Henning et G. Stieger. ***Le traitement de l'anémie pernicieuse par des préparations de muqueuse gastrique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 46, 15 Novembre 1930). — Les auteurs ont desséché eux-mêmes la muqueuse gastrique de porc, débarrassée de la tunique musculaire. Ils ont administré aux malades la valeur d'une ou deux muqueuses d'estomac par jour, soit environ 40 à 80 gr. Cette préparation a toujours été prise volontiers dans du bouillon ou dans une compote de pommes en purée.

Dans 5 cas de maladie de Biermer dont les auteurs donnent l'observation, les résultats obtenus ont été satisfaisants, ce qui montre que la muqueuse d'estomac contient la substance active comme le foie. On constate en effet l'apparition de réticulocytes, puis l'augmentation de l'hémoglobine et des érythrocytes. Ces effets ne semblent pas différents, qu'il s'agisse de la muqueuse du fundus ou de celle de l'antre. Le ferment pepsique n'intervient donc pas puisque, dans la muqueuse de l'antre, celui-ci est absent.

P.-E. Morhardt.

Wolfgang Casper. ***Cuti-réaction spécifique chez les blennorragiques, à l'aide de substances spécifiques non protéiniques extraites des gonocoques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 46, 15 Novembre 1930). — L'auteur attire l'attention sur certains travaux qui ont mis en évidence, notamment en ce qui concerne les pneumocoques, des hydrates de carbone contenus dans le corps bacillaire et jouant le rôle d'antigène spécifique, contrairement à ce qu'on croyait jusqu'ici. Il était en effet admis que les protéines, et plus spécialement les nucléoprotéines, jouent seules un rôle à cet égard.

En utilisant surtout une certaine souche de gonocoques traités de façon assez complexe d'abord avec une solution de taurocholate de soude à 10 pour 100, puis avec de l'alcool de manière à éliminer le plus possible toutes les protéines, l'auteur a recherché la cuti-réaction et a pu la faire apparaître avec une dilution de 1/10.000. Les préparations les plus énergiques ont été faites à partir de cultures récentes. Chez des malades non blennorragiques mais atteints d'affections cutanées diverses comme l'ulcère variqueux, le psoriasis, l'eczéma, la cuti-réaction a été régulièrement négative. Chez des blennorragiques, la réaction positive a été obtenue dans tous les cas avec une certaine souche (type I).

Avec les fractions protéiniques de ces extraits, les réactions ont été positives aussi bien chez les blennorragiques que chez les malades de contrôle. La composante toxique de l'antigène gonococcique doit donc être considérée comme liée à la protéine.

P.-E. Morhardt.

E. Mayer v. Schopf. ***La goutte chez un nourrisson âgé de 5 semaines*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 46, 15 Novembre 1930). —

Il s'agit d'un garçon qui entre à l'hôpital à 5 semaines 1/2, pesant 2.570 gr. Il a des frères et des sœurs bien portants et on ne trouve, dans la famille, ni diabète, ni obésité, ni rhumatisme, ni calcul, ni maladies allergiques. L'enfant a été nourri exclusivement au sein jusqu'ici et il a commencé à vomir après chaque repas, en jet, dès sa naissance. A 3 semaines, il est apparu, sur le dos des mains, des tuméfactions en même temps que les doigts sont devenus raides.

A l'examen, on constate que l'articulation du coude gauche ne peut pas être complètement étendue et on trouve sur le dos de la main des tumeurs grosses comme un haricot, dures, adhérentes aux tendons extenseurs des 3e et 4e doigts. On n'arrive pas à faire un diagnostic et l'enfant présente bientôt des signes de broncho-pneumonie. Il maigrit avec une température inférieure à la normale en même temps que les tumeurs des mains augmentent rapidement de volume. L'enfant est très agité mais n'a certainement pas de douleurs spontanées. Bientôt, l'articulation tibio-tarsienne droite présente une tumeur sous-cutanée de la grosseur d'un pois qu'on ponctionne sans résultat, mais qui laisse sourdre par l'orifice de la ponction une purée très blanche d'aiguilles microscopiques stériles qui fait songer à la goutte. Mais l'enfant meurt peu après de sa broncho-pneumonie. L'autopsie permet de constater que la tumeur du poignet contient des masses très blanches s'étendant jusqu'à la face palmaire. Il s'agit de tophus dont le contenu donne la réaction de la murexide. Les deux reins sont augmentés de volume et présentent des dépôts cristallins en quantités inhabituelles. Les glomérules ne sont pas modifiés mais les canaux collecteurs sont séparés par du tissu fibreux riche en cellules fusiformes. Ces reins se distinguent très nettement des reins présentant des infarctus d'acide urique, d'abord par la situation canaliculaire des cristaux et puis par leur couleur blanche.

Il s'agit donc d'une goutte vraie. Il ne semble pas en avoir été observé jusqu'ici chez des enfants aussi jeunes. L'observation la plus précoce de goutte que l'auteur ait retrouvée concerne un enfant de 4 ans dont les premiers symptômes remontaient à l'âge de 2 ans 1/2. Dans le cas de M., les purines produites étaient certainement d'origine endogène, comme c'est d'ailleurs le cas pour les organismes en voie de croissance. Ce fait présente naturellement une grande importance au point de vue des théories de la goutte. L'examen histologique des tissus de l'enfant en question n'a pas montré de lésions anatomiques primitives qui expliquent la précipitation d'acide urique, bien que, aujourd'hui, on soit de plus en plus enclin à considérer que dans la goutte il y a uratohistéchie, c'est-à-dire une certaine avidité des tissus pour l'acide urique. D'un autre côté, ces dépôts d'acide urique se sont produits sans accès de goutte.

P.-E. Morhardt.

J. Duken. ***Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la pneumonie des enfants*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 47, 22 Novembre 1930). — D. a observé, en 1927, avec Ibrahim, un nourrisson de 10 mois qui présentait une pneumonie du lobe supérieur droit et chez lequel on pratiqua, après 15 jours de température élevée, une ponction pour pleurite interlobaire. Peu après cette ponction, il se fit un pneumothorax assez complet qui n'occasionna aucune dyspnée mais qui fit revenir, dès le cours de la nuit suivante, la température à la normale. Cette observation frappante amena l'auteur à pratiquer un pneumothorax, quelques mois plus tard, chez un enfant d'un an et demi qui présentait une pneumonie depuis 3 semaines. Là encore la défervescence fut immédiate.

Dans 2 autres cas, le pneumothorax ne fut pratiqué que progressivement en 3 ou 4 insufflations. On constata alors que la température ne baisse qu'autant que le pneumothorax est assez complet.

La répartition du sang dans les poumons dépend, pour une part, de la pression qui règne à l'intérieur du thorax. En cas de pneumonie chez l'enfant, on remarque que le poumon atteint occupe un volume moindre et que le médiastin se déplace du côté malade. Par suite, le poumon malade est plus largement irrigué et les vaisseaux sont mieux visibles de ce côté-là. Mais le sang qui irrigue le côté malade ne s'oxygène pas et contribue, par suite, à accentuer la cyanose. Le pneumothorax modifie cet état de chose en réduisant la circulation dans le poumon malade et en obligeant la presque totalité du sang à s'oxygéner complètement dans le poumon sain. Ainsi la cyanose constitue une indication du pneumothorax comme 2 autres observations de D. le montrent.

Néanmoins, bien qu'il ait commencé à appliquer cette méthode il y a près de 3 ans, cet auteur ne dispose encore que de 8 observations, car il n'emploie cette méthode qu'avec beaucoup de circonspection. En somme, les indications du pneumothorax artificiel doivent être très rigoureuses. Si, au cours d'une pneumonie du lobe inférieur droit, le côté gauche présente des signes de bronchite diffuse, le pneumothorax doit être déconseillé. Il doit l'être également lorsque l'expectoration est épaisse, purulente et abondante. Cependant D. ne partage pas les craintes de Rominger qui voit dans un pneumothorax survenant à la suite d'une ponction pleurale une complication grave pour le nourrisson. D. pratique le pneumothorax après anesthésie locale, pratiquée de préférence au lit quand il s'agit d'un nourrisson. Des réinsufflations doivent être faites très vite après la première, car la résorption est rapide au début.

P.-E. Morhardt.

J. Jahr et **R. Neumann.** ***Le traitement par le pneumothorax de la pneumonie du nourrisson*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 47, 22 Novembre 1930). — J. et N. rapportent dans leur article que L.-F. Meyer a commencé à peu près en même temps qu'Ibrahim et Duken, en Janvier 1928, à pratiquer le pneumothorax dans la pneumonie du nourrisson à la suite d'une guérison observée également après pneumothorax spontané. Depuis lors, ils n'ont pas eu souvent l'occasion d'employer cette méthode parce que les pneumonies observées ont été ou très bénignes ou compliquées d'empyème. Ils ne disposent donc que de 5 observations et ils ne recommandent cette méthode qu'en cas de retard de la résolution avec état général sévère ou dans des processus interlobaires avec fièvre persistante. Ils pensent, avec cette méthode, ménager le tissu malade, empêcher l'extension du foyer en immobilisant le poumon et peut-être aussi prévenir des adhérences pleurales qui ont si fréquemment des conséquences redoutables en cas de pneumonie.

Dans aucun cas d'ailleurs cette méthode n'a paru agir défavorablement sur le malade. Mais J. et N. sont moins sûrs que la méthode ait eu des effets vraiment favorables. Dans un cas, le pneumothorax a amélioré l'état du malade d'une façon frappante. La mort est survenue néanmoins par pneumonie du côté opposé. Dans 2 cas, il s'est agi d'enfants pour lesquels le pronostic était très sombre et qui, néanmoins, ont guéri.

Chez un enfant atteint de bronchectasie des 2 poumons mais plus marquée à droite et accompagnée de poussées pneumoniques, le pneumothorax ne réussit pas complètement à cause d'adhérences pleurales. Néanmoins, on constate, 5 mois après l'intervention, que l'état de l'enfant est assez bon et que des pneumonies ne se sont pas reproduites.

P.-E. Morhardt.

F. Krause. ***Hyperinsulinisme avec syndrome d'hypoglycémie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 50, 13 Décembre 1930). — Des syndromes d'hypoglycémie spontanée ont été observés à plusieurs reprises. Ils sont cependant rares. K. en a observé un cas chez un homme de 43 ans qui présente des accès convulsifs depuis environ 4 ans; ces accès sont accompagnés d'une sensation de faiblesse et de faim très particulières. Un repas suffisant fait disparaître cet état qui reparaît lorsque le malade, comme il lui arrivé professionnellement, est obligé de sauter un repas. Ultérieurement, des phénomènes analogues ont apparu, surtout le matin au réveil sous forme de contractions involontaires dans les jambes. Le malade est syphilitique ; sa pression est de 135/70; le pouls est normal.

La courbe du sucre du sang, suivie toutes les 1/2 heures pendant cinq heures, a oscillé entre 40 et 50 milligr. pour 100 cmc. En administrant 100 gr. de glucose on l'a fait monter jusqu'à 154. L'injection de 1 milligr. d'adrénaline fait monter la glycémie jusqu'à 100 milligr., en même temps que la fréquence du pouls et la pression artérielle sont augmentées.

L'éphétonine rend plus lente l'ascension et la diminution de la courbe de la glycémie consécutive à l'administration de dextrose. Mais cet effet ne se prolonge pas longtemps. La réduction restante du sang de ce malade mesurée par Snapper s'est montrée normale. Mais la réduction totale est relativement faible.

Chez ce malade, les contractions surviennent surtout dans les membres qui ont le plus travaillé; elles ne sont pas d'origine cérébrale; elles ne ressemblent en aucune manière aux accès épileptiques; elles ne doivent pas être non plus comptées comme un symptôme strio-pallidaire comme dans les cas de Wilder. L'origine de ces crises serait donc périphérique et devrait être cherchée dans les muscles eux-mêmes ou dans les nerfs.

Un autre fait à signaler, c'est que le coma insulinique apparaît habituellement avec une glycémie de 50 à 60, tandis que dans cette observation il n'apparaît encore aucun symptôme d'hypoglycémie avec une glycémie de 36. Ce fait confirme la théorie de Umber d'après laquelle ce n'est pas tant le taux du sucre du sang qui importe que la rapidité avec laquelle ce taux diminue. Enfin ces contractions hypoglycémiques disparaissent spontanément chez ce malade sans qu'il ait pris de sucre. Il y aurait eu intérêt à procéder à une laparotomie exploratrice. Mais le malade a refusé l'intervention.

P.-E. Morhardt.

Gottlob Knittel. ***Les conceptions de Jaensch et d'Otfried Müller sur la disposition des capillaires en cas d'arriération mentale avec les conclusions d'Otfried Müller*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 51, 20 Décembre 1930). — L'école de Tubingue avec Otfried Müller décrit, à côté des dispositions normales de capillaires, surtout des formes de vasoneurose qui vont des anomalies les plus légères aux modifications morphologiques et fonctionnelles les plus sévères. Dans cette « atypie », elle ne voit d'ailleurs que l'expression d'une dysharmonie de la structure psychophysique en général. Jaensch, au contraire, adopte une classification très complexe qui divise les dispositions capillaires observées suivant qu'elles témoignent, ou non, d'un arrêt de développement ou d'un développement normal.

K. a cependant trouvé, chez 160 arriérés, des chiffres tout à fait normaux: 41,7 pour 100 de capillaires normaux, 52,7 pour 100 de formes de vasoneurose. Quant aux formes d'inhibition archicapillaires décrites par Jaensch et auxquelles cet auteur attribue tant d'importance, elles n'ont été constatées que 5, 6 fois sur 100, proportion qui est retrouvée dans les cliniques médicales ordinaires. Chez 100 schizophrènes et chez 120 enfants d'un asile pour arriérés, les chiffres ont été de même ordre.

En somme, il n'y a aucun rapport défini entre les dispositions des capillaires et les troubles soma-

tico-psychiques déterminés. D'ailleurs Jaensch, bien qu'il prétende trouver dans les formes de capillaires des caractères permettant de préciser le degré de développement, reconnaît que chez le même individu les capillaires peuvent présenter des variations très grandes si, au lieu d'un seul doigt, on en examine plusieurs par individu.

Dans ses conclusions, Otfried Müller conteste l'importance des descriptions de Jaensch et de ses collaborateurs et affirme une fois de plus qu'on ne peut pas faire un diagnostic simplement en examinant ces vaisseaux dont on peut d'ailleurs faire varier la disposition d'une façon appréciable suivant qu'on soumet le malade à un régime exclusivement carné ou au contraire lacto-végétarien. En somme l'examen des capillaires n'est qu'une partie d'un examen clinique et ne doit pas compter davantage que la sédimentation ou la radiographie.

P.-E. Morhardt.

Heinrich Baar et **Hans Benedict.** ***Immunisation per-cutanée avec la pommade prophylactique contre la diphtérie de Lowenstein*** (*Klinische Wochenschrift*, tome IX, n° 51, 20 Décembre 1930). — La pommade immunisatrice de Lowenstein a des effets immunisants relativement peu marqués. Pour augmenter son action, l'auteur provoque un érythème au lieu d'application pour favoriser la résorption. Ramon a d'ailleurs montré qu'une inflammation non spécifique à l'endroit de l'application de l'antigène favorise l'apparition des anticorps. Sur des cobayes chez lesquels l'application de la pommade a été précédée d'une friction de térébenthine ou d'essence de moutarde, on a pu constater une immunité nette qui n'existait pas chez les animaux de contrôle.

Chez les enfants, on a étudié les résultats de cette méthode prophylactique par la réaction de Schick et par la détermination de l'antitoxine du sérum. Au cours de ces recherches, il a d'ailleurs été constaté un parallélisme entre les résultats de la réaction et ceux du dosage de l'antitoxine. Cependant, chez les enfants, les onctions à l'essence de moutarde ont dû être remplacées par un enveloppement de moutarde.

Cette méthode a été appliquée à 106 enfants. Chez 85 d'entre eux la réaction est devenue négative (80 pour 100). Cette méthode se montre plus efficace que l'ancienne dans la proportion de 13 pour 100 si on considère le résultat global et de 27 pour 100 si on considère le résultat au bout de 6 semaines. D'autre part, des vérifications pratiquées au bout de 2 à 6 semaines n'ont pas modifié appréciablement ce chiffre. Ainsi, une seule onction avec la pommade prophylactique provoque une réactivité spécifique acquise, une immunité qui empêcherait une infection naturelle de se produire ou en tout cas de devenir grave. En fait, les statistiques paraissent montrer que le nombre des diphtériques a diminué dans le service hospitalier des auteurs.

P.-E. Morhardt.

ENDOCRINOLOGY

(Los Angeles)

H. Bernhardt (Berlin). ***Nouvelles conceptions sur la pathogénie de l'obésité; les problèmes du métabolisme basal*** (*Endocrinology*, tome XIV, n° 4, Août 1930). — Von Noorden a indiqué que le métabolisme total journalier d'un sujet est représenté par la somme de 3 facteurs: le taux du métabolisme basal; la quantité de calorique nécessaire à l'exercice musculaire au cours des 24 heures; la quantité de calorique produite par la réaction causée par la prise des aliments (action dynamique spécifique des aliments). Il estimait que cette évaluation s'appliquait aussi bien aux obèses qu'aux sujets normaux.

Les recherches que B. expose ici montrent que cette méthode est erronée dans beaucoup de cas d'obésité, et en particulier d'obésité endogène.

En effet beaucoup d'obèses ne perdent pas de poids quand ils sont soumis à un régime calorique-ment égal au taux de leur propre métabolisme basal, même si on le prolonge pendant des semaines, en tenant compte soigneusement du métabolisme du sel et de l'eau.

B. montre qu'il y a chez les obèses des périodes (phases négatives de B.) pendant le jour où le taux du métabolisme tombe notablement au-dessous du taux matinal. On constate surtout ces phases négatives pendant que le sujet gagne du poids. Elles sont plus évidentes après un léger travail musculaire qu'après la prise d'aliments. Elles se voient souvent pendant le sommeil. Elles peuvent se rencontrer à un degré tel qu'elles compensent complètement les phases positives des 24 heures, si bien que le métabolisme total de la journée peut présenter le même taux que celui du métabolisme « basal » de ces sujets. Les phases négatives se vnient rarement pendant le temps où le patient perd du poids.

Constatation intéressante, ces phases négatives peuvent exister aussi chez des sujets normaux dans certaines conditions, en particulier chez les convalescents lors de la reprise rapide du poids qui suit les maladies graves.

Ces recherches peuvent expliquer les faits décrits par les auteurs où l'on voit des obèses ne pas perdre de poids malgré un régime très sévère.

En ce qui concerne la pathogénie de l'obésité, ces expériences conduisent à une conception différente de celle qui est généralement admise. Il est en effet impossible d'incriminer telle ou telle glande endocrine dans l'étiologie de l'obésité; des troubles des endocrines sont souvent en jeu, mais ne jouent pas le rôle principal. Le facteur décisif est la fonction du centre régulateur hypothalamique. La régulation du poids ressemble étroitement à celle de la température de l'organisme. Le centre peut être perturbé directement (encéphalite, tumeur cérébrale) ou bien il peut être en défaut quand les demandes auxquelles il est soumis par les désordres périphériques (troubles endocriniens, modifications des tissus, modifications dans l'économie générale telles que faim, soif, etc.) sont excessives.

B. estime qu'il faut modifier nos conceptions sur le taux du métabolisme évalué le matin, au repos complet, 15 heures après le dernier repas. Le terme de « métabolisme basal » n'est plus de mise; il est préférable d'employer l'expression de « métabolisme standard ».

P.-L. Marie.

G. de Takats. ***La ligature de la queue du pancréas dans le diabète juvénile*** (*Endocrinology*, tome XIV, n° 4, Août 1930). — Les expériences de T sur les animaux lui ont montré que les îlots de Langerhans du pancréas ont une grande tendance à se régénérer. Ils s'hypertrophient si l'on vient à détruire des portions de la glande, par exemple par la ligature de la queue du pancréas. Dans ce cas, on constate que l'utilisation des hydrates de carbone va en augmentant.

Chez les malades on note de même que le pancréas possède une faculté remarquable de se régénérer après destruction subite ou progressive par des processus locaux.

T. s'est demandé si l'on ne pourrait pas provoquer chez les diabétiques une hypertrophie des îlots et leur hyperfonctionnement en liant la queue du pancréas. Il a appliqué cette méthode chez 2 enfants atteints de diabète grave.

Le premier, âgé de 13 ans, suivi depuis 6 ans, qui s'aggravait continuellement et dont l'état nécessitait chaque jour 40 unités d'insuline pour 120 gr. de glycose, subit en Janvier 1929 la résection d'une petite portion de la queue du pancréas. Dix-huit mois après, le poids avait augmenté normalement et les besoins en insuline avaient un peu diminué (32 unités); la tolérance hydrocarbonée atteignait 200 gr. malgré la petite étendue de la résection.

Chez le second malade, âgé de 16 ans, dont le diabète remontait à 2 ans au moins et dont la tolérance diminuait rapidement, on pratiqua en Octobre 1929 la ligature de la queue du pancréas. Le patient se rétablit très vite. Quatre mois après l'opération, on put diminuer la quantité d'insuline. Un mois plus tard, on changea le régime riche en hydrates de carbone et pauvre en graisses pour un régime pauvre en hydrocarbonés et riche en graisses en même temps qu'on réduisait considérablement l'insuline. Sept mois après l'opération, la tolérance, qui avait augmenté à la suite de l'intervention, était revenue à son taux antérieur, mais le malade avait eu à supporter une varicelle. On ne peut encore présager du résultat définitif.

Il semble que les gains réalisés ne peuvent être maintenus dans leur intégrité et qu'une diminution graduelle de la tolérance se produise. En effet, ce qu'il faudrait, ce n'est pas seulement déterminer une hypertrophie des îlots, mais encore les mettre à l'abri du surmenage fonctionnel continuel.

P.-L. Marie.

M. Thorek. ***Preuves histologiques de la possibilité de la transplantation des ovaires*** (*Endocrinology*, t. XIV, n° 4, Août 1930). — De la revue bibliographique faite par T., il semble bien résulter que l'homogreffe de l'ovaire est réalisable, l'hétérogreffe ayant presque toujours abouti à un échec.

T. a pu effectuer avec succès et sans contestation possible, comme en témoignent les recherches histologiques, la transplantation d'un ovaire de femme chez un *Macacus rhesus*. A ce singe dont la menstruation avait cessé à la suite de la castration bilatérale, T. greffa un ovaire humain au voisinage de la thyroïde. La menstruation ne se rétablit pas, mais les frottis vaginaux et les phénomènes congestifs génitaux attestent que les fonctions endocriniennes de la greffe ont persisté. L'examen histologique de l'ovaire pratiqué 11 mois après la greffe montre l'intégrité relative de tous les éléments, à l'exception des ovules primordiaux. Les follicules sont en voie d'atrésie et l'on voit des corps jaunes à tous les stades de leur involution. Il semble cependant que beaucoup des cellules spécifiques sont dans un état qui permet l'accomplissement des fonctions endocriniennes.

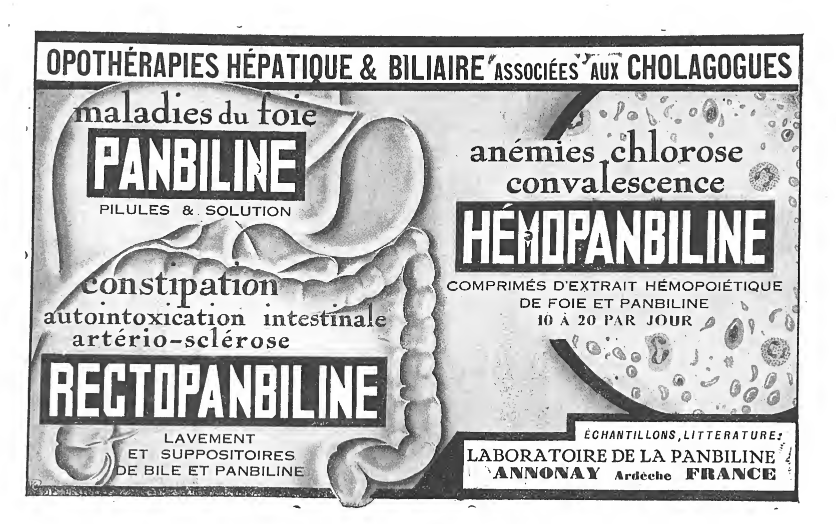
P.-L. Marie.

C. J. Marinus et **O. P. Kimball.** ***Les troubles endocriniens chez les enfants retardataires et leur réponse au traitement*** (*Endocrinology*, t. XIV, n° 5, Octobre 1930). — A Détroit tous les enfants ayant un quotient intellectuel inférieur à 80 pour 100 et supérieur à 47 pour 100 sont dirigés sur des écoles spéciales pour retardataires. C'est parmi ces élèves que M. et K. ont recherché les sujets atteints de troubles endocriniens.

Sur 3.585 enfants examinés ils en ont trouvé 667, soit 18 pour 100, ayant des signes nets d'insuffisance endocrinienne, soit thyroïdienne (2/3 environ), soit hypophysaire (1/5).

Ils classent les cas d'insuffisance thyroïdienne en 3 catégories: hypothyroïdie clinique avec symptômes actuels évidents; hypothyroïdie congénitale où le diagnostic repose sur l'histoire de la famille (cas correspondant aux formes frustes); goitre congénital.

Les cas de dysfonctionnement hypophysaire se rangent dans les catégories suivantes: insuffisance bilobaire (syndrome de Froelich); insuffisance du lobe antérieur, celle-ci voisine comme expression de la forme fruste de l'hypothyroïdie et caractérisée par un développement défectueux du squelette et de la musculature avec conservation des proportions du corps de l'enfant et hypoplasie


OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
maladies du foie
PANBILINE
PILULES & SOLUTION
constipation
autointoxication intestinale
artério-sclérose
RECTOPANBILINE
LAVEMENT
ET SUPPOSITOIRES
DE BILE ET PANBILINE
anémies chlorose
convalescence
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS D'EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE
DE FOIE ET PANBILINE
10 À 20 PAR JOUR
ÉCHANTILLONS, LITTERATURE:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY Ardèche FRANCE

génitale, sans histoire de troubles thyroïdiens chez les parents, ni retard caractéristique du développement physique dans la première enfance.

La thérapeutique correspondante fut instituée dans 233 cas, 115 restant comme témoins, et les résultats furent contrôlés soigneusement tant cliniquement que pédagogiquement.

Dans la catégorie de l'insuffisance thyroïdienne on notait avant le traitement une tendance du quotient intellectuel (Binet) à s'abaisser, une diminution des progrès scolaires et un perfectionnement insuffisant avec les tests de Pressy et de Stanford. Le traitement influença heureusement cet état, le bénéfice physique étant toutefois plus considérable que le bénéfice mental.

Dans la catégorie de l'insuffisance hypophysaire on constatait, en l'absence de traitement opothérapique, une tendance bien moins marquée à la diminution du quotient intellectuel et au défaut de perfectionnement. Le traitement ne produisit aucun changement dans le quotient intellectuel ni dans les résultats des tests de Pressy et de Stanford; cependant les maîtres notèrent une amélioration du travail scolaire.

P.-L. Marie.

L. Mayers. ***Céphalées hypophysaires*** (*Endocrinology*, t. XIV, n° 5, Octobre 1930). — La céphalée hypophysaire ne se rencontre que chez les femmes. M. en a observé 60 cas parmi les patientes fréquentant le service de gynécologie de l'hôpital Saint-Luc de Chicago. Sur 1.000 cas de céphalée il estime qu'il y en a 16 environ qui sont d'origine hypophysaire.

Il s'agit en général de femmes obèses, à torse court et à jambes longues, intelligentes, alertes et énergiques. Toutes présentent des troubles menstruels, aménorrhée, dysménorrhée, ménorragies, tous ces symptômes pouvant se rencontrer chez la même malade au cours de son histoire. La céphalée hypophysaire se montre soit au début de l'adolescence, soit dans les premières années de la vie conjugale, soit après la naissance d'un enfant. Souvent elle a un caractère familial. D'une patiente à l'autre et chez une même malade suivant les moments, on observe une grande diversité dans le complexe symptomatique et dans les résultats du traitement. On ne peut pas indiquer un traitement uniforme ni prévoir les résultats thérapeutiques.

M. relate ici les observations détaillées de 6 malades qui ont été suivies pendant assez longtemps. L'extrait hypophysaire injecté sous la peau est le seul remède efficace. Donné par voie buccale, ses résultats ont été très insuffisants. L'opothérapie pluriglandulaire n'a aucune valeur. L'usage d'extrait thyroïdien est contre-indiqué. Parfois les troubles menstruels associés sont influencés favorablement par l'opothérapie hypophysaire.

P.-L. Marie.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Varsovie)

A. Landau, M. Fejgin et J. Bauer. — ***De l'efficacité du traitement des affections pulmonaires suppuratives par les injections intraveineuses d'acool à 33 pour 100*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome X, n° 11, 5 Mars 1931). — Les injections intraveineuses d'alcool à 33° introduites dans la thérapeutique par Thursz contre le cancer et appliquées par d'autres auteurs dans les processus infectieux d'ordre général n'ont pas donné des résultats incontestables. Mais au cours de leur expérimentation personnelle, L., F. et B. remarquent que cette médication a une action particulièrement heureuse dans toutes les complications pulmonaires des états infectieux.

Il semblerait que l'alcool pénètre directement dans les poumons et se trouve absorbé par le tissu réticulo-épithélial qui paraît avoir à l'égard de l'alcool une véritable prédilection. L'alcool ainsi recueilli subit les divers processus du métabolisme et manifeste sur place son pouvoir bactéricide. Il donne ainsi l'impression d'un pneumotropisme absolument spécifique qui peut être opposé à la prédilection de l'alcool pour le foie lorsque l'alcool est introduit par la voie buccale. Cependant, administré aux doses recommandées par Thursz, l'alcool peut atteindre le foie et provoquer du subictère. Aussi L., F. et B. donnent-ils leur préférence aux injections quotidiennes de 20 à 30 cmc de solution d'alcool à 33 pour 100 dilué dans le sérum physiologique, en joignant à cette médication un peu d'insuline (5-10 unités, 2 fois par jour en injection sous-cutanée). Les résultats sont particulièrement encourageants dans les processus suppuratifs, abcès du poumon, gangrène pulmonaire.

L., F. et B. rapportent deux cas de guérison dans des conditions désespérées.

Fribourg-Blanc.

ARCHIVOS DE MEDICINA Y CIRUGIA Y ESPECIALIDADES
(Madrid)

C. Jimenez Diaz, B. Sanchez Cuenca et J. Puig. ***Etudes sur l'asthme bronchique*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, tome XXXIV, n° 10, 7 Mars 1931). — D. étudie spécialement dans ce rapport, qui fait suite à d'autres mémoires également consacrés à l'asthme, l'asthme dit climatérique. Il est classique de dire que les cas peuvent se diviser en deux catégories : ceux qui tiennent à la flore, à la faune, aux poussières diverses de cette localité et d'autre part ceux qui tiennent au climat lui-même. La réalité des observations d'asthmatiques, qui ont des crises dans une localité et en sont complètement débarrassés dans d'autres, est au-dessus de toute discussion; toutefois les auteurs admettent que, contrairement à l'opinion classique, les poussières avec les germes qu'elles transportent jouent un rôle plus important que le climat lui-même. Parmi les agents les plus fréquents l'auteur signale des champignons des mycoses, en particulier les aspergillus mucor et penicillium, certains clamidospores; la spécificité de ces antigènes a été vérifiée par les cuti-réactions, par l'absorption de ces mycoses retrouvées dans les poussières de la chambre occupée par le malade.

Toutefois le climat par lui-même joue un rôle important dans les cas d'asthme bronchitique, microbien et l'on conçoit fort bien que, dans ces conditions, les facteurs humidité, température favorisent la virulence des germes bronchitiques et, par l'intermédiaire de la bronchite, la multiplication des crises asthmatiques.

M. Nathan.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos Aires)

M. Balado. ***Anatomie clinique et radiologique du troisième ventricule*** (*La Semana Medica*, n° 7, 12 Février 1931). — Voici un article de la plus haute importance pour le neurologiste et pour le chirurgien. Tout d'abord sur le cadavre l'auteur a repéré les différentes parties du 3e ventricule soit par la dissection, soit par l'injection de mercure dans la cavité. Nous donnons ici le tableau des distances de l'apophyse clinoïde aux dites régions, distances mesurées sur la préparation anatomique d'une part, sur le radiogramme de l'autre.

	Préparation anatomique	Radiogramme
	—	—
Aqueduc de Sylvius (orifice sup.)	28	35
Tubercules mamillaires	9	12
Trou de Monro	20	25
Commissure blanche antérieure.	10	16
Tuber cinereum	2	2
Recessus optique	8	9

D'autre part la distance de l'orifice supérieur de l'aqueduc de Sylvius à la commissure blanche et au trou de Monro est respectivement de 25 et 23 sur la préparation, de 28 et 26,5 sur le radiogramme.

B. passe ensuite à la technique qu'il a adoptée pour radiographier sur le vivant le 3e ventricule. Il préfère de beaucoup le lipiodol à l'air. Il ne trouve aucune contre-indication à la ventriculographie ; jamais il n'a eu le moindre accident à déplorer. Les radios reproduites dans ce mémoire sont d'une netteté parfaite et d'une richesse de détails incomparable. Comme Dandy, il ponctionne le ventricule, retire une partie du liquide qu'il remplace par 4 cmc de lipiodol; avec 2 cmc., en effet, les images étaient beaucoup moins nettes.

Après anesthésie du cuir chevelu à la novocaïne, l'incision suit la ligne courbe occipitale, son milieu affleure à 3 cmc au-dessus et en dehors de la protubérance occipitale externe ; l'os est dénudé, on applique une couronne de trépan, on ponctionne la dure-mère en élargissant l'orifice en étoile; on ponctionne ensuite le cerveau dans la direction du bord supérieur de l'oreille; à ce moment le liquide céphalo-rachidien sourd par l'orifice de l'aiguille. On aspire le liquide après avoir mesuré la pression au manomètre de Claude. On injecte ensuite les 4 cmc de lipiodol. On retire l'aiguille, on referme la plaie. Les radiographies annexées à ce mémoire montrent l'aspect normal ou plutôt les aspects normaux du 3e ventricule, puis ses différentes déformations pathologiques (hydrocéphalie, tumeurs, etc.).

M. Nathan.

N.-P. Costa et M.-V. Falsia. ***La cholestérinémie dans l'état gravidique et puerpéral*** (*La Semana Medica*, n° 7, 12 Février 1931). — Les auteurs ont, chez les mêmes femmes, étudié comparativement la teneur en cholestérine de la bile C, du sang circulant et du sang du cordon ombilical. Ils ont abouti aux résultats suivants :

Durant les derniers mois de la grossesse l'hypercholestérinémie est nettement appréciable et pour ainsi dire constante. Dans le liquide duodénal (bile C) l'augmentation de la cholestérine existe dans le tiers des cas. L'hypercholestérinémie et l'augmentation de la cholestérine duodénale ont été parallèles dans 30 pour 100 des cas.

L'hypercholestérinémie augmente notablement encore durant le travail; elle diminue dès la fin de la première semaine du post-partum; elle dépassait encore le taux normal dans la moitié des cas.

Les auteurs ont trouvé dans le sang de la veine du cordon une cholestérinémie notablement supérieure à celle que les autres auteurs avaient publiée ; elle atteignait en moyenne 1 gr. 08.

M. Nathan.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de* **5** francs; *France et étranger*, **9** francs *(envoi franco)*. (N° 534)

Anorexie médio-prandiale

(Thérapeutique) **ANOREXIE MÉDIO-PRANDIALE**

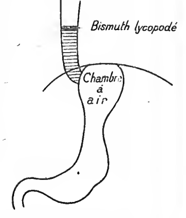
Il est une forme d'anorexie que nous pouvons méconnaître par suite d'une analyse insuffisante des symptômes observés.

En voici le schéma : Un malade se met à table avec un vif appétit, puis brusquement au milieu du repas, un dégoût le saisit, une sensation de « trop mangé » lui donne la nausée et le malade repousse son assiette ou quitte la table.

*
* *

L'examen de l'un de ces cas nous donne les renseignements radioscopiques suivants :

On offre à ce malade un repas qui lui plaît. Il le mange avec grand plaisir, puis brusquement au milieu du repas, sa crise de nausées se déclanche. A ce moment même, nous plaçons le malade devant l'écran et nous lui faisons prendre une cuillerée de poudre de lycopode bismuthée. Cette poudre très légère, qui surnage à la surface de tout liquide, décèle dans la cavité œsophagienne une colonne salivaire de quelques centimètres, et bloquée par le spasme du cardia.



Le malade reste alors en observation. Il continue à avoir son poids épigastrique, sa nausée, puis brusquement il a une éructation gazeuse et la sensation d'oppression disparaît.

Après cette éructation, un second examen radioscopique avec poudre bismuthée lycopodée montre la disparition de la colonne œsophagienne. Pathologiquement et radiographiquement tout est rentré dans l'ordre; liquide œsophagien et anorexie ont simultanément disparu.

On peut ainsi expliquer la présence de ce liquide œsophagien, cause de l'anorexie médio-prandiale : Le malade se met à table, avec un appétit exagéré. Il provoque de ce fait, à vide, un excès de sécrétion psychique, qui crée le spasme du cardia. La sécrétion salivaire s'arrête au-dessus de ce barrage et engendre la nausée.



*
* *

Comment peut-on combattre cette anorexie ?

Il faut d'abord éviter les apéritifs classiques, les préparations à base d'amers, d'essences, prises au début des repas. Ils ne font qu'augmenter le suc d'appétit.

Il faut, au contraire, neutraliser la sécrétion engendrée psychiquement en prenant au début du repas une solution saturante : un verre à bordeaux d'eau de Vichy, ou une suspension d'un sel alcalin insoluble, de carbonate de chaux.

Au début du repas, le malade peut mettre sur la région épigastrique une boule d'eau chaude qui diminue les spasmes.

Il peut encore, dès le début du repas, prendre une boisson gazeuse : eau de Seltz, eau de Périer, qui provoque une éructation : le gaz débloque le cardia et permet le passage de la colonne œsophagienne, cause de l'anorexie médio-prandiale.

LÉON-MEUNIER.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE

Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de* **5** francs; *France et étranger*, **9** francs *(envoi franco)*. (N° 535)

Prolapsus rectal

(Traitement) **PROLAPSUS RECTAL**

On dit qu'il y a prolapsus du rectum quand la muqueuse de la dernière partie du gros intestin s'éverse au moment de la défécation et fait saillie hors de l'anus. On aperçoit alors, entre les fesses de l'enfant, un bourrelet plus ou moins gros ou un boudin plus ou moins long dont la réduction immédiate s'impose. Ce bourrelet arrondi ou boudin invaginé est d'un rouge violacé, saignant, recouvert de glaires et de mucosités intestinales. Tantôt il rentre de lui-même (réduction spontanée après chaque défécation), tantôt il reste au dehors.

Il est une forme bénigne, ne se reproduisant que de loin en loin, se réduisant facilement, ne causant aux enfants qu'une gêne momentanée plutôt qu'une véritable douleur. A l'opposé nous rencontrons des enfants dont l'intestin sort à chaque défécation pour ne rentrer qu'avec beaucoup de difficulté. En même temps les selles s'accompagnent de saignement, d'entérorragies, qui à la longue entraînent une anémie plus ou moins marquée. Enfin les symptômes douloureux peuvent s'ajouter à ce tableau, l'enfant accusant des spasmes et du ténesme rectal. La muqueuse se trouvant tiraillée par les effets de la défécation et exposée à l'air, aux frottements des linges et vêtements, peut s'enflammer et s'ulcérer.

Comme complications, il faut citer la fissure à l'anus, les polypes du rectum, les hémorroïdes, les abcès et fistules, l'étranglement et le sphacèle.

Cette infirmité se voit surtout chez les enfants délicats du premier âge; elle devient rare dan la seconde enfance et exceptionnelle chez les adolescents.

Les nourrissons au biberon, atteints de gastro-entérite, de diarrhée à répétition, d'athrepsie, y sont prédisposés. De même les rachitiques à gros ventre, avec relâchement musculaire. Tantôt c'est la diarrhée qu'on relève dans les antécédents des malades, tantôt la constipation. Dans ce dernier cas, l'affection est d'ordre mécanique et sa reproduction doit être mise sur le compte des efforts faits par les jeunes sujets.

Les quintes de coqueluche, les calculs de la vessie peuvent occasionner le prolapsus rectal chez les enfants dont le sphincter anal est préalablement relâché.

1° Régime en rapport avec les fonctions intestinales: s'il y a diarrhée, on prescrira les astringents, le tanin, le bismuth, le riz, les entremets sucrés ; en cas de constipation, on usera des laxatifs, de l'huile de paraffine, des aliments rafraîchissants (oranges, salades cuites, pain complet).

2° Pour réveiller la tonicité du sphincter :

Extrait de ratanhia	0 gr. 50
Beurre de cacao	2 gr.

Pour un suppositoire, n° 5.

3° On a conseillé les injections sous-cutanées d'ergotine au voisinage de l'anus ainsi que les injections de sulfate de strychnine qu'on pourrait formuler ainsi :

Sulfate de strychnine	1/4 de milligr.
Eau stérilisée	1 centim. cube

Pour une ampoule (cinq semblables).

4° Pour faire rentrer un prolapsus qui ne se réduit pas spontanément, on met l'enfant tête en bas, siège en l'air, et, armé d'un linge fin enduit de vaseline stérilisée, on presse de haut en bas sur le bourrelet muqueux qui, sous le double jeu de la pression manuelle et de la pesanteur, rentre dans le bassin. Application d'un bandage en T.

5° Pour prévenir le prolapsus par défécation, décubitus horizontal pendant cet acte; ou pour le moins, vase haut placé, de façon que les pieds ne touchent pas le sol.

6° Les lavements d'eau froide chaque matin, l'électrisation du sphincter ont été également conseillés.

7° Dans certains cas rebelles, on s'est bien trouvé des cautérisations linéaires au thermo ou au galvanocautère.

8° Dans quelques cas, particulièrement graves, la chirurgie intervient. L. Ombrédanne pratique ainsi le *cerclage de l'anus:* anesthésie, position de la taille, désinfection; après réduction du prolapsus, on pique avec une aiguille de Doyen ou d'Emmet au-dessous de l'anus; on la pousse sous la peau à l'union avec la muqueuse pour sortir au-dessus de l'anus; on ramène un *fil métallique* en demi-cercle, on repasse par le même orifice pour parcourir l'autre demi-cercle et sortir par l'orifice du premier passage; on engage le chef libre du fil et on le ramène. Ainsi l'orifice anal est cerclé. Un aide introduit son petit doigt sur lequel on serre le fil pour le couper après l'avoir tortillé ; on rabat le tortillon qu'on fait disparaître sous la peau par l'orifice d'entrée. On le retire au bout de trois mois.

J. COMBY.

REVUE DES JOURNAUX

MONTPELLIER MÉDICAL

E. Mourgue-Molines. ***L'acide tannique dans le traitement des brûlures*** (*Montpellier Médical*, 2e S. tome LIII, n° 3. 1er Février 1931. — Pour diminuer les séquelles et la mortalité encore grande des brûlures étendues, un traitement rationnel devrait pouvoir: supprimer la douleur; empêcher la perte de liquide par exsudation au niveau des tissus brûlés; combattre la résorption des produits de désintégration générateurs de toxines; assurer l'asepsie du foyer de brûlure; prévenir la formation de rétractions cicatricielles.

Aucun mode de traitement ne satisfait mieux à toutes ces conditions que l'acide tannique, à la condition, bien entendu, d'y associer, chez les grands brûlés, une médication générale (injection de sérum salé hypertonique, transfusion sanguine, digitaline, adrénaline, etc.).

Convaincu que l'un des éléments essentiels de la gravité des brûlures était l'intoxication de l'organisme par les produits de désintégration protéique, Davidson chercha un moyen de supprimer cette intoxication. L'exérèse chirurgicale des tissus mortifiés n'étant pas sans danger en raison du choc anesthésique ou opératoire, il se demanda si la résorption toxique ne pourrait être limitée par la coagulation des albumines du foyer de brûlure. L'acide picrique, l'alcool, l'acide pyrogallique, utilisés dans le traitement des brûlures, le sublimé même, agissent peut-être par ce mécanisme. Davidson donna la préférence à l'acide tannique.

L'acide tannique est une poudre amorphe, aisément soluble dans l'eau et dans l'alcool, qui doit être utilisée en solution fraîchement préparée.

Après avoir fait aux brûlés une injection de morphine, pour atténuer leurs douleurs, on nettoie mécaniquement la zone brûlée en ouvrant les phlyctènes et en enlevant, à la pince et au ciseau, les débris étrangers et les lambeaux mortifiés. On recouvre ensuite la surface de la brûlure avec des compresses de gaze stérile, maintenues par quelques bandes stériles; puis ce pansement est arrosé à saturation de solution aqueuse à 2 1 2 pour 100 d'acide tannique.

Par de petites ouvertures, pratiquées dans le pansement, on surveille l'état de la plaie au bout de 12, 18 et 24 heures. Si elle reste rouge et humide, on arrose à nouveau le pansement d'acide tannique; en général, au bout d'une vingtaine d'heures, la plaie a pris une coloration brun acajou et est entièrement sèche: le tannage est réalisé. On enlève alors le pansement et on laisse la zone brûlée exposée à l'air libre sous un cadre protecteur recouvert de champs stériles.

On peut aussi pulvériser sur les brûlures à nu une solution tiède à 5 pour 100 et l'on favorise la dessiccation, et l'on évite en même temps le refroidissement du malade, en recouvrant le lit d'une cage métallique à l'intérieur de laquelle sont suspendues des ampoules électriques. On renouvelle toutes les 1/2 heures la pulvérisation de l'acide tannique et, en 12 à 20 heures, la plaie est transformée en une couche brune, sèche et lisse comme du cuir.

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Dubreuilh. ***L'eczéma des bûcherons*** (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, VIIe série, tome II, n° 2, Février 1931). L'eczéma des bûcherons atteint simultanément et presque exclusivement les mains, la face et les organes génitaux: il procède souvent par poussées aiguës avec prurit, rougeur, vésiculation suivie de suintement et enfin de desquamation. L'éruption est provoquée par la manipulation du bois en grume et c'est l'écorce qui contient l'agent irritant; les planches ou la sciure de bois sont inoffensives, sauf pour quelques bois exotiques.

Les principaux bois incriminés sont le chêne, le hêtre, l'acacia, le châtaignier, le platane; le pin, l'ormeau, le peuplier n'ont pas causé jusqu'ici d'éruptions.

Le bois est surtout nocif s'il est mouillé, par temps de pluie ou de brouillard.

L'éruption est précoce en cas de contact direct, se produisant le soir même; mais habituellement ce n'est qu'au bout de 1 ou 2 jours que la face dorsale des mains, la face et les bourses se prennent en même temps.

Le facteur susceptibilité personnelle est prédominant; il n'apparaît souvent qu'à un certain âge, après des années d'immunité; une fois établie, la susceptibilité est persistante et semble même augmenter. Parfois la susceptibilité est héréditaire ou familiale.

R. Burnier.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

R. Rathery et R. Waitz. ***Spirochétose nodulaire nécrotique; infection gangreneuse terminale*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, tome V, n° 5, 1930). — R. et W. rapportent la très intéressante observation d'un diabétique grave âgé de 33 ans, qui présenta une lésion pulmonaire à type de pneumonie subaiguë ayant abouti après 2 mois à la gangrène pulmonaire.

L'étude histologique et histo-bactériologique des pièces anatomiques leur ont permis de constater, d'une part, l'existence dans les parois gangreneuses de spirochètes extrêmement nombreux, d'autre part, de faire une discrimination sur le rôle respectif des spirochètes et de la flore anaérobie dans la constitution des lésions.

Sur les coupes macroscopiques, on voit des zones de pneumonie disséquante gangreneuse, des zones de nodules blancs non excavées ou en voie d'excavation et des zones d'aspect broncho-pneumonique banal.

Au niveau de la pneumonie disséquante gangreneuse, le magma amorphe du centre est entouré d'une paroi dans laquelle on peut distinguer une zone interne sphacélique, une zone moyenne constituée par une masse nécrotique et une zone externe d'alvéolite nécrotique, puis d'alvéolite fibrineuse. Le nodule nécrotique présente les mêmes lésions; il est essentiellement caractérisé par l'alvéolite nécrotique et par l'abondance des spirochètes.

Au niveau des zones gangreneuses, les spirochètes sont exceptionnels dans le magma interne où fourmillent les germes appartenant à la flore de Veillon. Dans la zone moyenne sphacélique, il y a une pullulation formidable d'anaérobies, les spirochètes sont rares, sauf au niveau des vaisseaux. Dans la zone externe, les spirochètes prédominent au contraire.

En somme, l'évolution en deux phases de cette affection correspond aux deux sortes de lésions observées. A la pneumopathie subaiguë répond anatomiquement la spirochétose pulmonaire nécrotique; l'évolution gangreneuse paraît avoir été un processus secondaire greffé sur la nécrose à spirochètes. Histologiquement, il n'y a de sphacèle putride que là où il y a nécrose; en lisière des foyers gangreneux, il persiste une zone nécrotique plus ou moins épaisse.

Le rôle respectif du spirochète, d'une part, et de la flore de Veillon, d'autre part, est ici dissocié, d'une manière remarquable. Le spirochète produit une alvéolite particulière suivie de nécrose sans tendance à l'excavation. La flore anaérobie, incapable à elle seule d'entraîner des lésions autres que des lésions de broncho-pneumonie banales, détermine la fonte sphacélique de la nécrose spirochétienne. La gangrène pulmonaire peut être envisagée comme résultat de l'association des deux processus.

Robert Clément.

REVUE ODONTOLOGIQUE (Paris)

Lacaze. ***Les lésions traumatiques des organes des sens et leurs relations avec la chirurgie maxillo-faciale*** (*Revue Odontologique*, tome CII, n° 2, Février 1931). — L. dégage avec une grande clarté les idées générales qui ressortent de l'étude des lésions traumatiques des organes des sens et de leur traitement. Cette chirurgie a, en effet, deux soucis: l'un *physiologique*, de rétablir la fonction de l'organe lésé; l'autre, *esthétique*, de conserver les formes extérieures.

1° *La chirurgie d'urgence*, commune à toutes les blessures de la face, doit parer à l'*hémorragie* (ligature souvent difficile dans la plaie, tamponnement, ligature de la carotide externe), à l'*asphyxie* (qui peut nécessiter la trachéotomie), à l'*impossibilité de déglutir* (qui nécessite l'usage de la sonde œsophagienne).

2° *La chirurgie curatrice ou d'opportunité*, en cas de traumatisme des fosses nasales, cherche à rétablir l'harmonie des formes extérieures. Il faut conserver avec soin les parties molles, les débris d'os adhérents, maintenir la rectitude et la solidité de la cloison. Dans les sinusites traumatiques, la lésion de la muqueuse passe au second plan; ce qui domine, c'est l'ostéite sous-jacente des parois des sinus qui légitime, par conséquent, l'intervention chirurgicale par les voies naturelles.

Pour les traumatismes de l'œil, L. montre l'homologie oculo-cérébrale. La sclérotique est la prolongation de la dure-mère; la choroïde est l'homologue de la pie-mère; fragile, vasculaire, elle a une mauvaise tenue devant l'infection. La rétine et le nerf optique sont des émanations de la substance cérébrale, leur lésion est sans appel. Les hémorragies intraoculaires ne condamnent pas irrémédiablement l'œil; l'infection au contraire est très grave, elle aboutit presque toujours à la perte fonctionnelle de l'œil. L'énucléation dans les cas sérieux est trop radicale; l'œil même rétracté peut servir de solide moignon pour la prothèse. La crainte de l'ophtalmie sympathique paraît avoir été exagérée, étant donné sa rareté. Une plaie qui n'intéresse, en apparence, que le rebord orbitaire peut provoquer des désordres irrémédiables de l'œil car, par refoulement de la graisse fluide de la fosse temporale vers l'orbite, l'œil est chassé en avant et la choroïde se rompt. Il faut être extrêmement économe des lambeaux cutanés et ostéocutanés périorbitaires, plus encore des lambeaux palpébraux et conjonctivaux, et guider leur cicatrisation.

Du côté de l'appareil de l'audition, le danger des plaies du pavillon est la chondrite et la rétraction cicatricielle du pavillon en chou-fleur; celui des plaies du conduit est son atrésie; celui des lésions de l'oreille moyenne est l'otomastoïdite. Les plaies

du labyrinthe sont particulièrement graves. La thérapeutique active des lésions traumatiques de l'oreille interne est inexistante. La prophylaxie de l'infection peut être l'évidement pétro-mastoïdien. Si le malade échappe à l'infection, la surdité est indélébile, tandis que les lésions du labyrinthe postérieur sont susceptibles de s'amender.

C. Ruppe.

JOURNAL BELGE D'UROLOGIE
(Bruxelles)

P. Rullens. ***De l'emploi du cyanure de mercure dans le traitement de l'orchi-épididymite blennorragique*** (*Journal Belge d'Urologie*, tome IV, n° 1, Février 1931). — Il est injecté au malade, dans une veine, chaque jour durant 8 à 12 jours, 1 centigr. de cyanure de mercure dissous dans 1 cmc de sérum physiologique à 9 pour 1.000. La présence de sérum physiologique évite toute hémolyse et toute altération de l'endothélium veineux.

Les incidents à craindre sont: 1° la stomatite; 2° l'entérite mercurielle; 3° une crise de dyspnée toxique (cyanhydrique). Ces inconvénients peuvent être évités: 1° par une désinfection soigneuse de la bouche; 2° par un régime alimentaire approprié et l'administration d'opium au premier symptôme d'entérite; 3° par une injection lente après intime brassage du cyanure avec le sang aspiré dans la seringue.

Durant tout le traitement, les malades vaquent à leurs occupations; l'urétrite n'est pas soignée; on se borne à faire porter un suspensoir.

Les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas tout récents: la douleur cesse en 24 à 48 heures, l'épididyme guérit sans garder de noyaux inflammatoires. Le cyanure de mercure agirait, non comme bactéricide, mais comme résolutif des lésions inflammatoires. Ainsi son effet est moins satisfaisant si on ne l'administre que tardivement: dans ce cas, l'épididyme conserve des épaississements nodulaires.

G. Wolfromm.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

L. Sussi. ***Tentative de cure chirurgicale du diabète*** (*Archivio per le Scienze Mediche*, t. LIV, n° 7, Juillet 1930). — S. apporte les résultats de recherches expérimentales effectuées sur le chien, et consistant en la ligature en masse du pancréas et des canaux excréteurs parotidiens. Il analyse l'évolution de trois cas de diabète, guéris par la ligature bilatérale de ces conduits, à laquelle fut ajoutée pour l'un d'eux une surrénalectomie gauche.

Il conclut que la ligature en masse d'une partie du pancréas entraîne, en général, chez le chien un abaissement de la glycémie et une augmentation de la tolérance pour les hydrates de carbone. Le même résultat peut être obtenu par la ligature des conduits parotidiens. Cette dernière a pu donner dans un cas de diabète un résultat tout à fait satisfaisant, et mériterait d'être plus largement employée.

L'extirpation de la glande surrénale n'a nullement amélioré le métabolisme des hydrates de carbone. Sans nier la possibilité de cette amélioration, il faut en tout cas demander que l'indication opératoire soit posée par la collaboration du médecin et du chirurgien pour exclure les cas où la méthode ne serait pas adéquate.

F. Coste.

A. Allodi. ***Le comportement de l'hypersécrétion et de l'hyperchlorhydrie dans les ulcères gastriques et duodénaux, et leur signification clinique et diagnostique*** (*Archivio per le Scienze Mediche*, tome LIV, n° 7, Juillet 1930). — Après avoir discuté en général l'existence d'une hyperacidité et d'une hypersécrétion gastriques, et les diverses conceptions que l'on s'en est faites, A. rapporte les résultats qu'il a obtenus dans 136 cas d'ulcère différemment situés sur l'estomac et le duodénum, et dans 61 cas d'affections non ulcéreuses des mêmes organes; il a pratiqué le tubage à jeun et le tubage fractionné après repas d'Ewald.

Les deux symptômes hyperacidité et hypersécrétion sont d'une importance certaine pour le diagnostic entre les gastropathies. Ils ne sont nullement pathognomoniques de l'existence d'un ulcère, mais ils sont surtout marqués dans les processus inflammatoires qui intéressent la région pylorique ou ses alentours (gastrite hypersthénique, adhérences, duodénite, etc), ou dans les compressions extrinsèques qui portent sur la même région (périviscérites, tumeurs, spasmes du côlon, etc.). Dans les cas où ces deux symptômes sont présents et où semblent n'exister que des affections ou des troubles fonctionnels d'autres organes, ils suffisent à indiquer qu'il y a un retentissement sur la région pylorique. Les ulcères pyloro-duodénaux s'accompagnent constamment d'hyperacidité et (avec une moindre constance) d'hypersécrétion. Les ulcères gastriques de sièges divers (médio-gastriques, du cardia) se comportent de façon variable quant à ces deux symptômes. L'hyperacidité, si on la recherche attentivement, est plus constante que l'hypersécrétion et pourtant plus importante pour le diagnostic d'ulcère. A. n'a jamais rencontré d'ulcère accompagné d'achylie.

F. Coste.

LA DIAGNOSI
(Pise)

P. Campus. ***Traitement de l'abcès pulmonaire par l'arsénobenzol*** (*La Diagnosi*, tome X, Juillet 1930). — C. rapporte 6 observations d'abcès pulmonaires traités par le novarséno-benzol avec 5 guérisons. L'effet du médicament est attesté par l'amélioration rapide des signes généraux et fonctionnels (volume, fétidité de l'expectoration, toux). Il n'est point nécessaire, pour que le novarsénobenzol agisse, que l'abcès contienne des spirochètes (on sait de même que l'émétine peut améliorer des abcès non amibiens). Ce traitement est inoffensif, et mérite dans tous les cas d'être essayé, avant qu'il soit question d'une intervention chirurgicale.

F. Coste.

A. Barola. ***Thérapeutique intensive du tétanos*** (*La Diagnosi*, tome X, Octobre 1930). — B. rapporte les résultats heureux que lui a donnés dans 14 cas de tétanos la sérothérapie associée à la cure par le phénol. Il pratique dès l'apparition des symptômes l'injection d'une dose de 30.000 unités par voie *rachidienne*, et il la répète quotidiennement pendant plusieurs jours. Toutes ces injections sont faites sous anesthésie chloroformique. A cette thérapeutique spécifique, il adjoint chaque jour une dose de 0,60 à 1 gr. 20 de phénol, par voie musculaire, et les médications symptomatiques (bromure, chloral, à raison de 4 à 8 gr., par la bouche ou en lavement).

Le chloroforme peut être utilisé non seulement au moment de l'injection rachidienne, mais lors des paroxysmes de contracture, dangereux lorsqu'ils se prolongent et qu'ils intéressent les constricteurs thoraciques et les muscles du larynx. Cet anesthésique mérite en outre d'être recommandé en raison de l'action modificatrice qu'il semble exercer sur les lipoïdes cérébraux, en libérant la toxine qui leur était adsorbée, et en la rendant ainsi attaquable par le sérum. Les travaux français sur la question ne sont pas cités.

F. Coste.

LA RASSEGNA DI CLINICA, TERAPIA E SCIENZE AFFINI
(Rome)

O. da Rin. ***Sur les extraits pancréatiques désinsulinisés*** (*La Rassegna di Clinica, Terapia e Scienze Affini*, tome XXIX, n° 2, Mars-Avril 1930). — Les conclusions de l'auteur sont plutôt défavorables à l'emploi de ces extraits : ils n'ont aucun effet sur l'hypertension artérielle: ils ne procurent pas d'abaissement réel ni durable : la dépression transitoire observée après l'emploi de 40 à 60 unités « hypotensives » est à attribuer au contenu du produit en peptones; elle ne se distingue en rien de celle que l'on obtient à l'aide d'extraits d'organes les plus divers.

L'hormone pancréatique agit sur la pression artérielle par un autre mécanisme que les extraits pancréatiques désinsulinisés.

Ces derniers peuvent améliorer le trophisme du système cardio-vasculaire et atténuer les symptômes subjectifs de l'hypertension et les douleurs angineuses. Mais cette action favorable relève sans doute de la présence d'insuline en petite quantité dans ces extraits ou peut-être aussi de l'excitation hormonique du pancréas qu'ils réalisent.

F. Coste.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA
(Florence)

P. Canale. ***Signification séméiologique des télangiectasies cutanées*** (*Rivista di clinica Medica*, 31e année, n° 11, 15 Juin 1930). — C. a poursuivi une série de recherches sur les télangiectasies cutanées; il a étudié leur présence, leur disposition topographique et leurs rapports éventuels avec des lésions antérieures ou actuelles des organes: ces rapports peuvent être clairement démontrés dans les cas de C. Ils permettent d'interpréter la genèse des télangiectasies : souvent associées à d'autres phénomènes cutanés (troubles vasculaires, trophiques, sensations douloureuses, etc.), elles trouvent leur explication dans des réflexes viscéraux cutanés qui, partant de l'organe lésé, ébranlent le métamère nerveux correspondant puis le dermatomère, aboutissant à provoquer les troubles vasculaires et nerveux précités.

F. Coste.

TUMORI
(Rome)

L. Barelli. ***Sur la température réelle des tissus néoplasiques*** (*Tumori*, 16e année, n° 4, Juillet-Août 1930). — Selon les conclusions de l'auteur la température cutanée dans l'aire de projection d'une néoplasie maligne est, chez l'homme, dans certaines régions du revêtement cutané, nettement supérieure à la température des parties saines avoisinantes; l'inverse est vrai pour les tumeurs bénignes. Partant de ce fait, B. propose d'appliquer la méthode thermo-électrique au diagnostic.

La température propre (profonde) du sarcome des poules (tumeur de Peyton Rous) est presque toujours inférieure à celle des muscles sains de la poule. La température superficielle cutanée prise sur l'aire de projection de ce sarcome est presque toujours inférieure à la température superficielle au niveau d'une masse musculaire saine.

La température propre (profonde) de l'adénocarcinome de la souris est presque toujours inférieure à la température des muscles de la cuisse. La température superficielle cutanée prise dans l'aire de projection de cette tumeur est variable et ne permet pas de formuler une conclusion sûre.

F. Coste.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Th. Fahr. *Contribution anatomo-pathologique à l'étude critique de l'hépato-thérapie de l'anémie pernicieuse* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 1, 2 Janvier 1931). — L'influence favorable de l'hépato-thérapie sur les symptômes cliniques de l'anémie pernicieuse fait penser qu'elle détermine une régression des lésions anatomo-pathologiques commandant à l'évolution de l'affection. On note, en effet, chez les sujets décédés d'une affection intercurrente durant une période de rémission, une régression nette des lésions caractéristiques de l'anémie pernicieuse au niveau de la moelle osseuse, du cœur et du foie. Mais cette influence favorable ne s'exerce que sur les lésions sanguines et les altérations viscérales qui en dépendent, car on observe dans certaines formes, malgré l'amélioration notable de l'image hématologique, une persistance des lésions organiques d'origine toxique, indépendantes des troubles sanguins, et non modifiées par la médication hépatique. Dans ces cas graves évoluant vers la mort, le rôle principal semble appartenir aux lésions de myélite funiculaire qui dominent le tableau clinique; parmi les cas observés par F., il insiste notamment sur ceux où l'on constatait une dissociation entre l'image sanguine peu modifiée, contrastant avec l'intensité des symptômes médullaires non améliorables par la thérapeutique et entraînant l'issue fatale.

Quelquefois cependant l'échec du traitement est total et il semble même impuissant à modifier l'état hématologique; il est possible que ces formes relèvent de méthodes de traitement un peu différentes (technique nouvelle de Murphy et Brugsch); parfois l'échec serait attribuable à l'apparition de complications secondaires.

G. Dreyfus-Sée.

Schurch. *Le carcinome des ouvriers en pierre-liège* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 4, 23 Janvier 1931). — S. a eu l'occasion d'observer 2 cas de cancer du scrotum chez des ouvriers d'une usine de pierre-liège, produit dans la fabrication duquel entre le goudron. Les caractères étiologiques et cliniques rapprochent considérablement cette affection de celle observée chez les ouvriers de briqueterie et rien ne la distingue du carcinome du goudron.

La localisation scrotale est peut-être expliquée par une prédominance de la poussière du goudron à ce niveau où elle semble plus spécialement adhérente que sur le reste du corps.

Ces observations ont un intérêt pratique car nulle précaution spéciale n'est prise dans les industries de pierre-liège en ce qui concerne la prophylaxie du cancer. Il serait donc utile de prescrire les mêmes règles que dans les briqueteries pour diminuer les poussières de goudron, choisir les ouvriers les moins susceptibles de contamination (sans lésions cutanées), exiger d'eux une propreté absolue et enfin les avertir des dangers qu'ils courent et les faire régulièrement examiner par un médecin.

G. Dreyfus-Sée.

K. Grassheim et E. Wittkower. *L'influence modificatrice de la suggestion sur l'action dynamique spécifique des albuminoïdes pendant l'hypnose* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 4, 23 Janvier 1931). — On sait que les facteurs psychiques peuvent exercer une influence sur le fonctionnement des organes: cœur, circulation, motilité et sécrétion gastrique ou intestinale, régulation thermique, etc. Il était intéressant de rechercher si l'action dynamique spéciale des substances albuminoïdes pouvait être réalisée au cours de l'hypnose par une suggestion simple.

Les résultats de ces recherches montreraient, en effet, l'action de facteurs psychiques sur le métabolisme général et permettraient en outre de pénétrer plus avant dans le mécanisme de l'action des substances albuminoïdes.

Les conditions expérimentales étaient les suivantes :

1° Le métabolisme basal recherché à trois reprises différentes reste fixe avec des variations inférieures aux limites de l'erreur. Il n'est pas modifié par l'hypnose simple;

2° L'action dynamique spécifique des albuminoïdes est normale. Le repas ingéré comprend 200 gr. de viande grillée, 100 gr. de pain, 200 gr de bouillon et 5 gr. de sel;

3° L'hypnose profonde avec amnésie rétrograde peut être réalisée chez les sujets en expérience.

Ainsi, après contrôle du métabolisme basal, et de l'action dynamique des albuminoïdes, le sujet était plongé dans l'hypnose simple, puis on lui suggérait l'idée du repas d'épreuve.

Dans une deuxième série d'épreuves, le repas était effectivement donné mais on suggérait au patient qu'il ne l'avait pas absorbé, de telle sorte qu'il éprouvait la sensation de faim.

Au cours de la troisième série d'épreuves, le même sujet mangeait du pain et on lui suggérait l'ingestion de viande.

Enfin la quatrième épreuve comportait l'ingestion de viande seule que la suggestion faisait passer pour du pain.

Les résultats obtenus au cours de ces diverses épreuves montrèrent l'impossibilité de reproduire par influence psychique les phénomènes organiques complexes réalisés par l'ingestion de protéines :

1° Lors de l'hypnose simple le métabolisme basal ne se modifie pas;

2° Le repas d'épreuve ingéré pendant l'hypnose détermina une courbe d'action dynamique des albuminoïdes normale;

3° Le repas suggéré ne donna pas de courbe normale mais au contraire une phase négative avec abaissement jusqu'à —14 pour 100 du métabolisme basal;

4° Malgré la suggestion de non-absorption, le repas ingéré détermina une courbe dynamique positive, mais, en général, moins élevée que la normale et parfois précédée d'une courte phase négative;

5° La viande ingérée eut un effet normal malgré la suggestion de pain, et aucune action dynamique ne fut observée lors de l'absorption de pain qu'on faisait passer pour de la viande.

Donc la suggestion ne peut réaliser les modifications du métabolisme général qu'entraîne l'absorption des albuminoïdes, alors qu'elle est parfaitement capable, chez les mêmes sujets, d'entraîner des variations partielles telles que: sécrétion gastrique, leucocytose digestive, etc. Il apparaît ainsi que l'action dynamique spécifique des albuminoïdes avec augmentation générale des échanges est bien liée à un substratum chimique réel.

G. Dreyfus-Sée.

A. Meyer. *Agranulocytose après malariathérapie* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 6, 6 Février 1931). — L'agranulocytose avait déjà été signalée à la suite de traitements arsenicaux ou bismuthiques de la syphilis.

Dans 2 cas observés par M., un syndrome agranulocytaire typique succéda à la malariathérapie. Le premier sujet avait été traité pour des phénomènes de syphilis cutanée secondo-tertiaires résistant depuis dix semaines au traitement spécifique. Le deuxième présentait des manifestations de paralysie générale au début.

Dans le premier cas la relation de causalité entre l'impaludation et l'agranulocytose peut être discutée du fait que le malade avait subi antérieurement quelques injections arsénico-bismuthiques dont les doses avaient cependant été minimes.

Aucun cas d'agranulocytose n'a été signalé à la suite de l'impaludation naturelle. D'ailleurs la même souche de malaria inoculée à d'autres malades n'a donné lieu à aucun autre accident.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

E. Becher. *Recherches sur la pathogénie de la coloration jaunâtre de la peau au cours de l'insuffisance rénale* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 45, 7 Novembre 1930). — Au cours des phénomènes d'insuffisance rénale et surtout lors de néphrite interstitielle, on observe fréquemment une xanthochromie cutanée de la face et des mains. Cette coloration proviendrait de l'oxydation d'un chromogène retenu dans les tissus et dans la peau. Ce chromogène, destiné normalement à fournir la matière colorante de l'urine, est oxydé sous l'influence de la lumière, et transformé en substance colorante. B. a pu le mettre en évidence dans la peau de sujets atteints de néphrite interstitielle, ainsi que dans leurs urines abondantes et pâles, dans leur sérum et dans des extraits de leurs tissus.

G. Dreyfus-Sée.

F. Stemplinger. *Traitement du parkinson postencéphalitique* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 45, 7 Novembre 1930). — En 1929, Mlle A. Kleemann a communiqué les résultats obtenus dans le traitement du parkinsonisme post-encéphalitique par l'atropine, médicament pour lequel ces malades présentent une remarquable tolérance. S. a appliqué cette thérapeutique systématiquement aux malades soignés dans son établissement avec des résultats très favorables. Il emploie la solution de sulfate d'atropine à 0,5 pour 100 dont il donne pour débuter 3 fois par jour I goutte, puis augmente chaque prise triquotidienne d'une goutte par jour de façon à atteindre, en 3 semaines, la dose de 3 fois XXI gouttes. Quelques variations dans la progression peuvent être imposées par des phénomènes d'intolérance individuelle. Il est prudent de prévenir les malades et leur entourage de la survenue de troubles oculaires qu'il sera possible de corriger ultérieurement par le port de lunettes. Parfois on peut noter des sensations nauséeuses passagères. Mais les résultats fonctionnels et généraux observés chez les malades traités, choisis parmi des cas sévères, sont remarquables: récupération fonctionnelle presque absolue dans quelques cas, amélioration notable permettant la reprise de petits travaux ou tout au moins supprimant la nécessité d'une garde-malade. Il est préférable de faire la cure en maison de santé ou à l'hôpital, afin d'être sûr de sa régularité, mais aucun incident sérieux n'a été observé. La durée nécessaire pour obtenir des résultats nets est de 4 à 6 semaines. Il ne peut être question de guérison chez ces malades, mais la récupération fonctionnelle obtenue est le plus souvent telle que ce traitement mérite d'être employé sur une large échelle afin d'améliorer le sort de ces infirmes graves.

G. Dreyfus-Sée.

W. Ortloph. *Intoxication gravidique et épreuve d'Eck inversée* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, n° 46, 14 Novembre 1930). — A la suite de ses recherches expérimentales et de ses observations chez les animaux, O. croit pouvoir proposer une interprétation nouvelle des phénomènese d'intoxication gravidique.

Il existe chez le sujet bien portant des anastomoses entre la veine porte et la veine hypogastrique; au cours de la grossessse, la stase dans le

système cave inférieur jointe à une insuffisance des valvules veineuses permet le passage du sang vers le système porte et réalise ainsi durant la gravidité des conditions favorables à l'intoxication de l'organisme, semblables à celles qu'on observe expérimentalement en déterminant une épreuve d'Eck inversée. Au cours de cette épreuve qui consiste à anastomoser les veines cave et porte et à lier la veine cave inférieure immédiatement au-dessus de l'anastomose, on observe une augmentation notable de l'acidose.

Les intoxications gravidiques seraient dues chez la femme à la cétose qu'entraîne l'insuffisance du foie ; on conçoit aisément combien le trouble fonctionnel peut être fréquemment réalisé, étant donné les modifications circulatoires de l'organisme pendant la gravidité. En outre l'altération hépatique entraîne inéluctablement une prédisposition pathologique à l'infection puerpérale.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Vienne et Munich)

H. Schottmüller. ***Hépatite et cholécystite, complications toxiques spécifiques de la scarlatine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, nº 1, 3 Janvier 1931). — S. donne 6 observations d'enfants atteints de scarlatine au cours de laquellle il est survenu des troubles hépatiques avec augmentation du volume du foie et de la vésicule biliaire. L'ictère n'est apparu que dans une minorité des cas. On n'a pas constaté de liquide dans le péritoine. Mais il y avait fièvre, leucocytose, éosinophilie et parfois augmentation de volume de la rate. Cette complication est bénigne. Elle a été rarement décrite. Cependant l'auteur rappelle que Gougel et Dujarrier ont décrit 8 cas de scarlatine dans lesquels il y avait lésion de la vésicule.

La pathogénèse de cette hépatite ne peut être attribuée à une invasion des streptocoques hémolytiques sans quoi elle serait le plus souvent mortelle. Elle doit plutôt être attribuée, comme les symptômes rhumatoïdes ou la néphrite de la scarlatine, à une substance toxique. L'origine de cette substance toxique doit être cherchée dans le streptocoque hémolytique qui se retrouve toujours au siège de la « primo-infection », c'est-à-dire dans les amygdales ou dans la plaie. Cette origine est mise en évidence par les effets sûrs et immédiats d'un sérum immunisant contre les streptocoques de la scarlatine. Comme, dans les cas qu'il a observés, l'auteur a constamment constaté de la tuméfaction ganglionnaire, il pense que cette toxine est produite au niveau des ganglions (Voir plus loin l'analyse du travail de Fahr).

P.-E. Morhardt.

Th. Fahr. ***Hépatite proliférante et cholécystite dans la scarlatine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, nº 1, 3 Janvier 1931). — L'auteur a pu examiner le cœur, la rate, le foie, les reins, les intestins et les poumons d'un garçon de 6 ans, mort d'une péritonite consécutive à une affection de la rate au cours de la scarlatine. L'examen microscopique des viscères montre des lésions prolifératives surtout dans les reins, mais aussi dans le foie où elles sont le plus marquées au voisinage des petits canaux biliaires et dans les parois veineuses. En outre, la paroi de la vésicule présente des infiltrations importantes, diffuses avec augmentation du tissu de soutien et de très petites hémorragies. Les infiltrations pénètrent souvent dans la couche musculaire.

Il y a des analogies exactes entre ces lésions et celles du foie ou des reins. Il s'agit d'une inflammation hématogène toxique dans laquelle les microbes n'interviennent pas, de phénomènes allergiques apparus au cours d'une infection streptococcique, l'allergie étant due à l'action de la maladie elle-même. F. pense que des recherches systématiques ultérieures montreront si la vésicule biliaire est souvent le siège de lésions analogues. En tout cas, ses conceptions sont exactement celles de Schottmüller.

P.-E. Morhardt.

S. G. Zondek et **F. Matakas.** ***Le métabolisme énergétique et sa signification clinique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, nº 1, 3 Janvier 1931). — Dans un grand nombre d'affections, le traitement est surtout fonctionnel. C'est ce qui amène l'auteur à se demander quelles sont les relations fondamentales entre les fonctions cellulaires et le métabolisme. Pour lui, les processus métaboliques qui fournissent de l'énergie n'ont pas d'influence directe sur les fonctions cellulaires. Cela est vrai en particulier des contractions musculaires toniques et probablement aussi de la plupart des autres fonctions des autres cellules et organes, sauf peut-être en ce qui concerne le cœur. Ainsi les contractions musculaires proprement dites ne dépendent pas de la présence d'acide lactique.

Dans certains cas de Basedow, le point de départ doit être cherché dans une modification encore inconnue de la structure cellulaire du muscle. Il n'y a d'ailleurs pas parallélisme entre les modifications du métabolisme et la sévérité de la maladie. On pourrait donc être amené à penser que les échanges énergétiques n'ont aucune signification dans l'étiologie de la maladie. Mais cela n'est pas tout à fait exact car, même dans le Basedow, des modifications circulatoires surviennent à côté des troubles musculaires. D'un autre côté la formation d'acide lactique n'est pas la cause de la fatigue musculaire; tout au contraire, elle entraîne une excitation du centre respiratoire qui favorise la disparition de la fatigue.

Un cœur de grenouille isolé peut battre pendant des jours entiers quand on lui apporte simplement les sels minéraux dont il a besoin. Mais une modification dans la formule de ces sels peut déterminer les troubles cardiaques les plus graves. Au contraire, les substances énergétiques comme les albumines, les graisses et les hydrates de carbone ont, à ce point de vue, une signification secondaire. En somme, quand le métabolisme énergétique de la cellule est troublé, c'est que des lésions extrêmement graves de la cellule ont apparu et que la vie de la cellule elle-même est menacée. On doit donc se représenter qu'une machine peut cesser de fonctionner soit parce qu'on ne lui fournit pas l'énergie, soit plutôt parce que des pièces spécifiquement utiles, étant donné les fonctions de la machine elle-même, manquent.

L'auteur de ces considérations montre enfin que la thérapeutique diététique actuelle tient compte de ces notions en réduisant à sa juste valeur le pouvoir calorifique, en tenant compte des vitamines, des sels, etc. Il faut donc analyser les processus qui accompagnent les fonctions cellulaires pour comprendre comment ces fonctions cellulaires peuvent être modifiées par certains facteurs.

P.-E. Morhardt.

E. Traum, G. Schaaff et **H. Linden.** ***Contribution à la question de la détermination des conducteurs dans les familles d'hémophiles*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, nº 3, 17 Janvier 1931). — Leichtentritt de même que Leder ont remarqué, dans quelques cas d'hémophilie, que le pouvoir trypanocide du sérum est diminué. D'autres auteurs sont arrivés, sur ce point, à des résultats inverses. T., S. et L. ont donc repris ces recherches, avec les familles d'hémophiles connues, à Heidelberg. Pour étudier le pouvoir trypanocide, ils ont employé la technique de Rosenthal et ont ainsi examiné 37 sérums. Ils n'ont constaté aucune différence entre les hémophiles, les conducteurs d'hémophilie et les individus sains. En particulier, dans 12 cas où on pouvait se demander s'il s'agissait vraiment de conducteurs d'hémophilie la détermination du pouvoir trypanocide a donné des résultats tout à fait normaux.

Le temps de coagulation a été également étudié. Il a été nettement augmenté chez les hémophiles (60 minutes), un peu augmenté chez les conducteurs (17,5 minutes) tandis que chez les individus non atteints le temps de coagulation n'atteignait que 12 1/2 minutes.

Au point de vue du groupe sanguin on n'a pas constaté non plus que les hémophiles et les conducteurs appartiennent au même groupe comme le voudrait Schloessmann.

P.-E. Morhardt.

F. Schellong. ***Troubles de la régulation circulatoire, nouveaux symptômes dans l'insuffisance du lobe antérieur de l'hypophyse*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, nº 3, 17 Janvier 1931). — S. donne l'observation d'un homme de 45 ans qui a une pression artérielle de 100/50, qui, à plusieurs reprises, a eu des syncopes dans la rue à la suite du moindre effort, dont la glycémie provoquée dure plus de 2 heures et chez lequel l'effet spécifique dynamique est abaissé et prolongé.

On est amené ainsi à étudier la pression du sang et la fréquence du pouls au cours du travail, et on constate qu'au lieu de faire monter la pression, les efforts la font descendre jusqu'à des chiffres tellement bas qu'ils ne peuvent pas être appréciés par les appareils en usage. Le simple fait de sortir du lit pour se mettre debout suffit pour cela. De même, élever et abaisser les jambes une dizaine de fois de suite, étant au lit, rend la pression inappréciable. Pendant ces épreuves, la fréquence du pouls reste à peu près constante.

L'injection sous-cutanée de 1/2 milligr. d'adrénaline fait monter la pression de 120 à 180 mm. et porte le pouls de 82 à 153. Des préparations de lobe postérieur de l'hypophyse ont été sans action. Au contraire, une préparation de lobe antérieur (préphyson) fait monter la pression de telle sorte que le travail ne la fait plus descendre au-dessous de 30 mm. Ce médicament, pris à la dose de 3 à 6 tablettes pendant 4 semaines, fait disparaître les syncopes. Il ne subsiste plus que les vertiges et la pression descend beaucoup moins sous l'influence du travail. En même temps, on constate que le travail fait augmenter, plus qu'auparavant, la fréquence du pouls. Cette action thérapeutique permet, selon S., de rattacher cette affection à une insuffisance des fonctions du lobe antérieur, c'est-à-dire à la maladie de Simmonds.

Dans un autre cas, S. a observé des symptômes analogues ; une épreuve de travail abaisse la pression systolique sans agir sur la fréquence du pouls ; il s'agit de cachexie hypophysaire apparue au cours d'un diabète insipide. Là encore, la préparation de lobe antérieur a fait diminuer les accès de faiblesse sans cependant augmenter la pression du sang au repos. Dans un 3e cas, il s'agit également d'un diabète insipide et de maladie de Simmonds. Dans ce cas encore, les phénomènes circulatoires provoqués par le travail diminuent sous l'influence de cette médication.

Cet abaissement de la pression au cours du travail ne doit pas être d'origine centrale, mais au contraire d'origine périphérique. Ces phénomènes ne sont d'ailleurs pas nécessairement liés à un abaissement de la pression au repos. Il s'agit plutôt d'un trouble de la régulation devenant manifeste quand un travail quelconque exige une augmentation du travail circulatoire. Alors, survient un abaissement de la pression sans modification de la fréquence du pouls parce que, comme les examens capillaires ont permis de le constater, il y a une dilatation énorme de tous les vaisseaux périphériques. Ces symptômes caractéristiques s'observent également chez des individus qui présentent les signes de l'hypotonie : fatigabilité, vertiges, etc., mais qui, au repos, ont cependant

une pression normale. L'amaigrissement et la chute des cheveux sont fréquents en pareil cas et d'ailleurs un effort énergique réussit à faire augmenter la pression du sang.

Dans une adjonction à son travail, S. expose le cas d'une nouvelle malade chez laquelle on fait le diagnostic de tumeur de l'hypophyse et qui présente des crises de vertiges ainsi qu'un abaissement de la pression quand elle se lève du lit. Si l'effort est plus considérable, la pression s'élève comme normalement. Il s'agit d'un cas de début, on doit donc admettre qu'avec le progrès de la maladie, les troubles de la régulation s'accentueront.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRAGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin-Vienne)

Syller. ***Traitement des fractures des os longs par la méthode de Böhler*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLI, n° 2, 27 Décembre 1930). — S. apporte les résultats d'un nombre important de fractures traitées par la méthode de Böhler. Celle-ci consiste avant tout à mettre les muscles dans une position de relâchement pour obtenir la meilleure réduction de la fracture. Il utilise les appareils plâtrés, mais en laissant autant que possible les articulations libres pour pouvoir les mobiliser précocement et éviter l'arthrite; grâce à des gouttières, le pied (quand il s'agit de fractures du membre inférieur) est toujours maintenu en bonne position. Dans les fractures ouvertes il pratique d'abord la désinfection et ce n'est que quand il est certain d'être à l'abri des graves accidents infectieux qu'il procède à la reposition et immobilisation plâtrée. Cette méthode exclut l'ostéosynthèse et la traction s'effectue au moyen de broches. Sur 28 fractures de l'humérus (9 sur l'extrémité supérieure, 9 sur la diaphyse, 8 supra-condyliennes et 2 épicondyliennes), la consolidation a été obtenue, dans un laps de temps qui a varié entre 4 et 5 semaines. Dans 1 cas, il y eut pseudarthrose, et dans un autre (fracture supracondylienne), il fut nécessaire de pratiquer une réduction sanglante.

7 fractures du cubitus dont deux ayant porté sur l'olécrane (suture) et une fracture ouverte (reposition sanglante).

37 fractures isolées du radius (dont 1 sur l'extrémité supérieure, 3 à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, 32 sur l'extrémité inférieure).

Dans 1 cas de fracture ouverte, le résultat a été mauvais en ce qui concerne la réduction. De même dans un cas de fracture diaphysaire. La réduction est au contraire très facile dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

14 fractures des deux os de l'avant-bras, avec déplacement dans 13 cas; dans 12 cas, on a pu obtenir une bonne réduction; dans 1 cas, après application de l'appareil plâtré, apparurent des troubles circulatoires qui nécessitèrent l'amputation. Dans 2 cas des lésions cutanées à type eczémateux imposèrent l'ablation du plâtre. Sur 7 malades revus à distance, 2 présentaient un raccourcissement de 1 à 2 cm.

Nous n'insistons pas sur les fractures isolées du péroné (48 cas), du tibia (26 cas), pour analyser plus longuement les fractures de jambe (57 cas). Parmi celles-ci, on relève 31 fractures fermées, et 26 fractures ouvertes.

Dans le traitement et les suites des fractures fermées on note trois morts ; 1 par shock, 1 par infection d'un hématome ayant entraîné un phlegmon de la jambe, 1 par embolie pulmonaire. La réduction et le maintien furent bons, sauf dans un cas. La durée moyenne de la consolidation a été de 10, 3 semaines.

Sur 26 fractures ouvertes de jambe il y a eu: une mort par shock, une par gangrène gazeuse, deux amputations. Dans deux cas, la guérison fut troublée par des phénomènes ischémiques dus à l'appareil plâtré, et l'auteur insiste sur la nécessité de pratiquer des fenêtres et de laisser une ouverture le long de la *face antéro-externe* de la jambe. Dans trois cas, il y eut infection du foyer de fracture avec apparition d'ostéomyélite, deux cas de fistule osseuse au niveau des broches, 1 cas de réduction insuffisante. Cependant, la durée moyenne de consolidation de ces fractures n'a été que de 8, 7 semaines, donc plus courte que dans les fractures fermées. On voit donc que quelles que soient les méthodes de traitement, les fractures ouvertes de jambe donnent lieu à de sérieuses complications. Sur 15 malades revus à distance, l'auteur nous dit que les résultats doivent être considérés comme défectueux: 3 cas de mauvaise consolidation; 5 cas entraînant de la boiterie; 6 cas avec raccourcissement qui n'excède cependant pas 1 cm. *Sur 46 fractures malléolaires et 9 fractures bimalléolaires*, on relève dans les fractures avec luxation une incapacité de 4 à 6 mois. Dans un cas, il y eut incarcération d'un fragment osseux rendant la réduction impossible; un cas de fracture compliquée a nécessité l'amputation du pied.

Sur 24 fractures dont 23 diaphysaires et 1 épiphysaire inférieure la durée de consolidation a été de 8, 7 semaines pour un âge moyen de 38 ans. Dans 6 cas il y a eu des complications: 2 fractures itératives, 1 ostéomyélite (dans 1 cas de fracture ouverte), 1 cas de suppuration par la broche de Steinmann, 1 escarre de décubitus, 1 fracture chez une femme âgée atteinte d'ostéite poreuse. Dans 1 cas de fracture en T de l'éphiphyse fémorale inférieure, l'application de la broche de Steinmann amena des accidents infectieux.

La seule critique que l'on pourrait faire à cet intéressant article est d'avoir rassemblé *toutes les fractures des membres, aussi bien ouvertes que fermées*, et, en l'absence d'observations publiées, de manquer souvent de détails pour analyser correctement ce travail.

J. Sénèque.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

B. Lange. ***Recherches sur les causes de la catastrophe de Lübeck*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LIX, n° 1, 1930). — L. s'est livré à une série de recherches expérimentales à l'Institut Robert Koch, à l'instigation du ministère de l'Hygiène de Prusse, afin d'élucider les circonstances dans lesquelles se sont produits les accidents liés à la vaccination par le BCG à Lübeck.

Il a procédé à l'examen bactériologique des organes de 4 nourrissons morts, et au contrôle de la culture faite par Deycke à partir d'une glande cervicale d'un enfant atteint.

Il a également contrôlé la souche intitulée BCG 143 Deycke, utilisée pendant Mars et Avril au laboratoire de Lübeck comme souche vaccinale. Il a recherché la virulence de la « souche Kiel », la seule culture virulente qui, aux dires de Deycke, ait voisiné dans son laboratoire avec les autres souches. Enfin, il a également contrôlé la souche « H 29 », de même origine que la souche Kiel.

Voici les conclusions de ses différentes recherches :

1° Il est avéré que les accidents survenus aux nourrissons de Lübeck sont dus aux souches vaccinales entretenues dans le laboratoire de Deycke.

2° Les bacilles de Koch extraits des organes tuberculeux de 3 des nourrissons décédés sont pathogènes, et déterminent chez le cobaye une tuberculose évolutive. Les mêmes constatations ont été faites sur le bacille retiré des glandes tuberculeuses de l'enfant G. R... Par contre, les bacilles retrouvés dans les ganglions mésentériques de l'enfant H. G..., mort d'une maladie intercurrente au cours de la vaccination, n'ont pas été reconnus virulents pour le cobaye. Il apparaît donc que ce dernier enfant a été vacciné avec une souche avirulente, probablement du BCG.

3° L'étude de deux des souches utilisées par Deycke pour la vaccination a montré qu'elles tuberculisaient le cobaye, alors qu'une souche employée par la suite n'a jamais réussi à infecter l'animal : seule cette dernière est aux yeux de L. le véritable BCG.

4° Sans doute ces importantes variations dans la virulence du matériel vaccinal correspondent-elles à un mélange accidentel d'une culture pathogène (souche Kiel) et de BCG.

5° Les données d'après lesquelles le BCG pourrait dans certaines conditions recouvrer sa virulence au laboratoire sont à réviser minutieusement à la lumière d'expérimentations multipliées. D'autre part, rien ne peut faire penser, d'après l'enquête ci-dessus, que les accidents de Lübeck puissent être dus à une exaltation spontanée de la virulence du BCG.

G. Basch.

C. Katzmann et **Nowikow.** ***Le radiodiagnostic lipiodolé comme moyen de diagnostiquer les cavernes tuberculeuses des bronchectasies*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LIX, n° 1, 1930). — Illustrant leur opinion de quelques observations cliniques où ils eurent à redresser le diagnostic erroné de tuberculose cavitaire, K. et N. rappellent la similitude totale entre les signes fonctionnels et physiques des deux affections, si différentes quant à leur portée sociale et à leur pronostic.

L'exploration au lipiodol est indiquée lorsque, malgré les signes cavitaires cliniques et radiologiques, manquent dans les crachats les bacilles et les fibres élastiques ; lorsque la radio montre, malgré les signes cavitaires, un poumon scléreux.

Ils ont pu de cette manière et sans le moindre incident retirer de sanatoria où ils se trouvaient exposés à la contagion trois adultes jeunes et deux enfants chez lesquels le diagnostic de tuberculose cavitaire avait été porté, malgré l'absence de bacilles de Koch et de fibres élastiques dans les crachats.

G. Basch.

Hoffmann. ***Méningisme dans la tuberculose miliaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LIX, n° 1, 1930). — Le méningisme, suivant la conception de Dupré, diffère de la méningite par l'absence de microorganismes et de cellules altérées dans le liquide C.-R.; cependant, la pression du liquide est souvent augmentée. Habituellement, l'apparition de signes de la série méningée au cours d'une tuberculose en évolution doit faire aussitôt craindre une localisation du bacille de Koch au niveau des enveloppes cérébro-médullaires.

Par contre, H. relate l'observation d'un homme de 71 ans, atteint de tuberculose aiguë, chez lequel on vit survenir de la céphalée, des raideurs, mais chez qui les résultats de la P. L. montrant un liquide normal vinrent démentir le diagnostic clinique de méningite tuberculeuse qui avait été posé. L'autopsie, d'ailleurs, corroborant le diagnostic de tuberculose miliaire, démontra l'intégrité macro- et microscopique des méninges et du système nerveux.

G. Basch.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

F.-L. Apperly et **J.-H. Norris.** ***L'influence familiale dans les fonctions gastriques*** (*The British Medical Journal*, n° 3658, 14 Février 1931). — A. et N. ont étudié, au moyen de repas

d'épreuve, les fonctions gastriques de 86 individus appartenant à 31 familles différentes.

Chez tous ces sujets normaux, ils ont recherché les trois tests suivants : le temps d'évacuation d'un repas d'épreuve, la courbe d'acidité au cours de la digestion d'un repas d'épreuve, le degré d'acidité du suc gastrique. Dans chaque famille deux sujets, au moins, étaient examinés.

Dans un premier groupe comprenant 29 sujets appartenant à 10 familles les résultats furent les mêmes pour les membres d'une même famille.

Dans un deuxième groupe, comprenant 14 individus et 6 familles, deux tests sur trois étaient semblables. Dans un troisième groupe comprenant 15 individus et 5 familles, la similitude des réactions ne s'étendait qu'à un seul des tests. Dans un quatrième groupe comprenant 20 individus et 6 familles, il n'y avait aucune ressemblance des réactions entre les individus d'une même famille. Au total, 41 pour 100 des individus examinés avaient au moins une réaction semblable à un de leurs parents (père, frère, mère, sœur).

Il est possible que ce pourcentage eût été plus considérable, si l'expérimentation avait pu porter non seulement sur tous les sujets d'une famille, mais encore sur deux ou trois générations avant que les accidents pathologiques ou la sénilité aient modifié les tests d'épreuve.

Pour A. et N., il n'y a rien de surprenant dans le fait que la forme de la courbe d'acidité et le temps d'évacuation soient comparables entre les membres d'une même famille. Ces tests dépendent du tonus de la muqueuse gastrique et de la constitution chimique du sang. Les fonctions gastriques sont, en définitive, conditionnées par la morphologie de l'individu qui subit naturellement, dans une même famille, les mêmes influences héréditaires.

André Plichet.

H. Kirkland et **R. V. Storer.** ***Rhinite gonococcique chez un nouveau-né*** (*The British Medical Journal*, n° 3658, 14 Février 1931). — K. et S. rapportent un cas de rhinite gonococcique chez un nouveau-né qui semble être le premier dans la littérature médicale. Le père, 2 ans avant son mariage, soit 11 ans avant la naissance de son quatrième enfant, avait contracté une blennorragie pour laquelle il avait été soigné et dont il se croyait guéri. Cependant, quelque temps après l'accouchement, la mère de l'enfant présentait un écoulement vaginal et le père était soigné pour une prostatite.

Aussitôt après sa naissance, l'enfant a un rhume de cerveau qui ne guérit pas par les moyens usuels. On fit deux frottis avec ses sécrétions nasales qui révélèrent de nombreuses cellules de pus, diplocoques Gram négatifs intracellulaires et l'absence de Klebs-Lœffler. Un mois après, l'enfant eut un écoulement jaunâtre par la narine gauche et le diagnostic de rhinite gonococcique fut encore confirmé. Après quelques instillations d'argyrol, l'écoulement cessa.

A propos de cette observation unique, K. et S. font les considérations suivantes : la rhinite gonococcique peut être la cause de rhume de cerveau chez le nouveau-né. Le diagnostic bactériologique est souvent difficile à faire avec celui du *micrococcus catarrhalis* qui est aussi Gram négatif, qui se présente parfois accolé deux à deux, mais qui toutefois n'est jamais intracellulaire. L'instillation prophylactique des conjonctives avait, dans ce cas, protégé l'enfant de l'ophtalmie blennorragique qu'il pouvait vraisemblablement contracter ; la longueur du travail favorise les inoculations des muqueuses de l'enfant ; le diagnostic de l'affection gonococcique est difficile à faire chez les femmes ; le gonocoque reste dans les glandes prostatiques, les vésicules séminales et les glandes de Littré, conserve sa virulence pendant des années.

André Plichet.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

H. K. Pancoast. ***Etude radiologique du thymus du nourrisson ; diagnostic différentiel et traitement de l'hypertrophie du thymus*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXX, n° 6, Décembre 1930). — On a longuement discuté sur les dangers éventuels de l'hypertrophie du thymus et sur les causes de la mort « thymique ». Bien des théories contradictoires ont été émises ; mieux vaut s'en tenir aux constatations objectives. P. en a fait une riche moisson comme le montre l'important travail qu'il publie.

Se basant sur ses recherches radiologiques et sur les études bronchoscopiques de Chevalier-Jackson, il estime que le danger éventuel que peut constituer le thymus dans la première enfance réside dans la faculté qu'il possède d'augmenter encore de volume et d'arriver à comprimer ainsi la trachée et les nerfs récurrents. La sténose trachéale et la paralysie récurrentielle sont donc les deux grandes causes des accidents observés. Chez l'adulte, P. ne croit pas que la compression puisse être une cause de mort.

La théorie de la compression trouve un nouvel appui dans les études anatomiques de Noback qui a établi que l'extrémité inférieure du thymus s'engage dans 80 pour 100 des cas dans l'orifice supérieur rigide du thorax où il peut comprimer les organes situés derrière lui.

Dans le passé, le diagnostic de l'hypertrophie du thymus a été basé trop souvent sur des données radiologiques erronées. La technique que P. précise longuement doit être impeccable. D'abord tout examen radiologique de l'appareil respiratoire du nourrisson doit comprendre la poitrine, le cou et le rhinopharynx. Il faut faire des clichés de face et de profil, et cela aux deux phases de la respiration, de préférence en position verticale. Les seuls signes précis et valables révélant qu'un thymus est augmenté de volume ou peut être dangereux sont, sur le cliché de profil, le rétrécissement anormal ou l'incurvation de la trachée au niveau de l'orifice supérieur du thorax, là où elle passe au-dessus de l'extrémité inférieure du thymus ; sur le cliché de face, la déviation latérale de la trachée. Une largeur anormale de l'ombre de la glande n'a pas d'importance significative et, d'autre part, un thymus donnant une ombre étroite est capable d'offrir plus de dangers qu'un large thymus, ainsi que le montrent les radiographies faites de face. On attachera encore de l'importance sur le cliché de profil au rétrécissement de la trachée pendant l'inspiration au niveau de l'orifice du thorax et à l'exagération du collapsus normal de la trachée pendant l'expiration.

A la compression de la trachée s'ajoutent encore des facteurs peu étudiés jusqu'ici : le collapsus des tissus mous du pharynx, du larynx et des replis ary-épiglottiques, si lâches chez le jeune enfant, qui favorise l'obstruction trachéale, et la paralysie récurrentielle, dont P. rapporte 3 cas confirmés par l'endoscopie au cours de l'hypertrophie du thymus. Il s'agissait de paralysie unilatérale, à l'inverse des cas de Jackson. La forme bilatérale est habituellement fatale à brève échéance si la trachéotomie immédiate n'est pas faite. L'atélectasie pulmonaire chez le tout jeune enfant peut venir encore augmenter les effets de la compression trachéale.

Du point de vue du diagnostic différentiel, le thymus naturellement volumineux des jeunes enfants peut être rendu responsable à tort d'accidents d'obstruction dont il est innocent. Le radiologiste doit adopter une technique qui lui permette de déceler tout genre d'obstruction des voies aériennes supérieures : corps étrangers opaques ou non, effets des infections spécifiques obstruantes du larynx sur la lumière de cet organe, sténoses post-diphtériques, rétrécissements congénitaux ou acquis, abcès rétropharyngiens ou rétrotrachéaux, végétations adénoïdes, atélectasie pulmonaire, etc. Certains faits que rapporte P. montrent que lorsque l'on ne découvre pas d'obstruction évidente, il faut penser à diverses affections telles que l'asthme, les lésions congénitales du cœur et même la méningite.

P. précise enfin la technique du traitement radiothérapique de l'hypertrophie du thymus ainsi que les précautions multiples dont le jeune enfant doit être entouré. Lorsque la respiration est arrêtée, l'insufflation bouche à bouche se montre supérieure à la respiration artificielle pour la rétablir.

P.-L. Marie.

N. Boston. ***Hémorragies gastriques dues à la télangiectasie familiale*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXX, n° 6, Décembre 1930). — B. a observé des hémorragies gastriques récidivantes chez 3 sujets présentant des télangiectasies cutanées familiales.

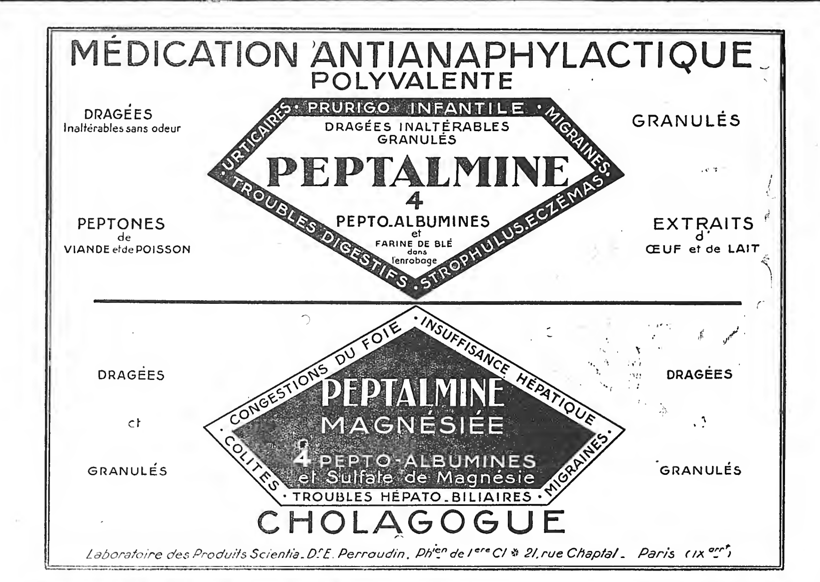
Le premier malade, âgé de 32 ans, avait eu des hémorragies gastriques abondantes et récidivantes depuis sa jeunesse, sans autres symptômes. Il existait de petites télangiectasies à la tête et au tronc. Ayant été pris subitement de syncope après un travail fatigant, on fit une laparotomie qui montra une grande quantité de sang dans l'estomac et deux petits nævi vasculaires. On lia l'artère qui les irriguait. Pendant les 5 années suivantes, il n'y eut plus d'hémorragies gastriques. Un frère avait eu aussi des hémorragies gastriques récidivantes.

La seconde malade, une femme de 70 ans, avait présenté des hémorragies rectales depuis l'adolescence et des syncopes fréquentes. Une de ses tantes avait eu des épistaxis à répétition, une de ses sœurs des hématémèses récidivantes. Entrée à l'hôpital pour une hémorragie gastrique importante, elle guérit, mais, 18 mois plus tard, en eut une nouvelle qui l'emporta. A l'autopsie, la paroi gastrique présentait de petites cicatrices souples et une érosion de 0 cm. 5 de diamètre, non indurée, et au centre une veine perforée. Les télangiectasies cutanées étaient très discrètes chez cette malade.

Le troisième malade, un homme de 60 ans, avait présenté d'assez nombreuses hématémèses modérées avec des tendances syncopales et du mélæna. L'examen ne montrait aucun symptôme gastrique objectif, mais la présence de petites télangiectasies sur le tronc, le cou et la muqueuse nasale. Sa mère, un grand-père maternel, un oncle maternel et la sœur du malade avaient eu des épistaxis à répétition. Un de ses fils et un de ses petits-fils avaient des télangiectasies cutanées et des épistaxis. Ce cas illustre bien la tendance à la transmission héréditaire qui s'effectue aussi bien par le père que par la mère.

P.-L. Marie.

G. M. Brandau. ***Fréquence des hématies falciformes chez les ouvriers de l'industrie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXX, n° 6, Décembre 1930). — On sait qu'en 1910 Herrick a décrit une nouvelle affection sanguine, l'anémie à hématies falciformes, ou anémie drépanocytaire, qui atteint presque exclusivement les noirs et se caractérise par une coloration jaune verdâtre des sclérotiques, des crises douloureuses abdominales, des adénopathies, des douleurs musculaires et articulaires, souvent par des ulcères de jambe, enfin par un tableau hématologique spécial : anémie avec urobilinurie et présence d'hématies falciformes. L'affection offre des


MÉDICATION ANTIANAPHYLACTIQUE
POLYVALENTE
DRAGÉES
Inaltérables sans odeur
GRANULÉS
PRURIGO INFANTILE
URTICAIRES
MIGRAINES
DRAGÉES INALTÉRABLES
GRANULÉS
PEPTALMINE
4
PEPTO.ALBUMINES
et
FARINE DE BLÉ
dans
l'enrobage
TROUBLES DIGESTIFS
STROPHULUS. ECZÉMAS
PEPTONES
de
VIANDE et de POISSON
EXTRAITS
d'
ŒUF et de LAIT
DRAGÉES
et
GRANULÉS
DRAGÉES
GRANULÉS
CONGESTIONS DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
PEPTALMINE
MAGNÉSIÉE
4 PEPTO-ALBUMINES
et Sulfate de Magnésie
COLITES
MIGRAINES
TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES
CHOLAGOGUE
Laboratoire des Produits Scientia. Dr E. Perraudin, Phien de 1ere Cl 21, rue Chaptal. Paris (IXe)

rémissions et des exacerbations, celles-ci souvent accompagnées d'une fièvre modérée.

Mais, à côté de ces cas pathologiques, on en rencontre d'autres où tout se résume dans l'existence des hématies falciformes. Ce caractère hématologique se trouve chez 7 pour 100 des noirs hospitalisés.

Pour savoir la fréquence réelle de cette anomalie, B. a examiné des ouvriers de l'industrie, confrontant les antécédents, les signes physiques et l'étude hématologique.

Il a pu voir que l'histoire clinique était en général de peu de valeur pour déceler les sujets présentant ce caractère hématologique, à moins qu'ils n'aient été atteints antérieurement d'anémie drépanocytaire nette. L'examen physique se montra sans utilité pour le diagnostic. Il est possible toutefois que l'absence de modifications de la sclérotique ou d'adénopathies puisse plaider contre l'existence de drépanocytes chez un sujet donné. L'examen des préparations de sang à l'état humide permet facilement le diagnostic. B. a pu retrouver ce caractère hématologique chez 6,6 pour 100 des ouvriers de couleur. P.-L. Marie.

H. B. Friedgood. ***Les manifestations de l'hyperactivité du sympathique en dehors du goitre exophtalmique ; leur étude dans l'hypertension essentielle ; un nouveau signe oculaire : le blépharospasme*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXX, n° 6, Décembre 1930). — F. étudie d'abord l'exophtalmie et sa pathogénie; elle traduit l'hyperactivité du sympathique qui se manifeste par le spasme des muscles lisses de l'orbite décrits par Müller et par Landström. Il précise ensuite les divers signes cliniques, signes de von Graefe, de Kocher, de Stellwag, de Dalrymple, qui permettent de mettre en évidence ce spasme, et décrit un nouveau signe, le blépharospasme qui se recherche de la même façon que le signe de von Graefe, mais en inversant la manœuvre, c'est-à-dire en faisant décrire à l'objet et fixé un arc de cercle de bas en haut. Il y a dissociation entre les mouvements du globe et ceux de la paupière supérieure. La rétraction de la paupière précède l'ascension du globe si bien qu'une bande blanche de sclérotique apparaît au-dessus de la cornée. Ce signe existe souvent alors que fait défaut celui de von Graefe.

En étudiant ces signes, F. a été frappé de les rencontrer très souvent, en dehors de la maladie de Basedow, dans la neurasthénie, l'arthrite chronique atrophique, l'épilepsie, le parkinsonisme post-encéphalitique, la tuberculose pulmonaire, le diabète, l'ulcère duodénal, mais surtout l'hypertension essentielle. 44 pour 100 des hypertendus examinés présentaient un ou plusieurs des signes oculaires mentionnés ci-dessus, à l'exception de l'exophtalmie bilatérale, tandis que cette proportion tombait à 21 pour 100 chez les sujets non hypertendus. L'inégalité des fentes palpébrales est le signe le plus fréquemment trouvé, puis viennent l'exophtalmie unilatérale qui se voit mieux quand le patient regarde en haut, puis les signes de Kocher, de von Graefe et le blépharospasme. Ces signes varient d'ailleurs d'une façon surprenante d'un examen à l'autre.

Ces manifestations oculaires de l'hypersympathicotonie ont peu de valeur pour diagnostiquer l'affection en cause, mais elles ont une grande importance en ce qu'elles indiquent objectivement l'état du tonus sympathique. Il semble exister un rapport entre le mécanisme régulateur de la pression artérielle et la présence de la sympathicotonie. Toutefois les signes oculaires peuvent se rencontrer aussi chez des sujets hypotendus, mais avec une bien moindre fréquence.

Il existe donc un syndrome oculaire d'hypersympathicotonie non différenciable cliniquement de celui du goitre exophtalmique, mais où le métabolisme basal reste normal. P.-L. Marie.

S. R. Mettier et **G. R. Minot.** ***L'effet du fer sur l'hématopoïèse ; ses modifications sous l'influence des variations de l'acidité du contenu gastro-duodénal dans certains cas d'anémie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXI, n° 1, Janvier 1931). — Si les opinions sur la valeur du fer dans le traitement des anémies sont si discordantes, l'une des raisons en est qu'on a rarement utilisé une méthode permettant de déterminer dans un court laps de temps l'effet du fer chez les patients. Or la réaction réticulocytaire constitue un bon indicateur de l'efficacité de ce médicament.

M. et M. relatent, à titre d'exemple, le cas particulièrement démonstratif d'une anémie secondaire chronique où ils ont pu apprécier ainsi l'heureuse action du fer sur l'hématopoïèse, alors que les extraits de foie fœtal et adulte étaient restés sans effet.

Ils ont réuni ici 10 cas d'anémie secondaire, liée surtout à un régime défectueux prolongé ou à des spoliations sanguines répétées, qui réagirent d'une façon rapide et remarquable à la médication ferrugineuse.

Comme l'absorption intestinale de certains éléments (Ca, P, Mg) est influencée par le p_H du tube digestif et qu'on connaît le rôle de l'anachlorhydrie dans certaines anémies, M. et M. ont cherché à faire varier ce p_H au cours de l'administration du fer.

Pendant des périodes successives ils ont donné à leurs anémiques de la viande de bœuf digérée par un mélange chlorhydro-peptique amené ensuite soit à la neutralité, soit à un $p_H=3$, tout en leur faisant prendre une dose faible (0 gr. 5 à 2 gr.) de citrate de fer ou bien une dose 4 à 10 fois plus forte. Avec ces différentes épreuves on obtint dans tous les cas une réaction réticulocytaire. La viande n'était utilisée que pour maintenir le contenu de la partie supérieure de l'intestin à un p_H à peu près constant, et n'avait pas d'effet notable sur l'hématopoïèse.

Les réactions obtenues avec les repas de viande additionnée de fer ayant un p_H neutre ou alcalin furent d'ordinaire moins intenses qu'avec la même dose de fer donnée en même temps que les repas à p_H acide. Il semble donc que le fer a plus d'action sur l'hématopoïèse lorsqu'il se trouve en milieu intestinal acide.

Les réactions réticulocytaires bien plus fortes observées quand on augmentait les doses de fer indiquent clairement que les petites doses étaient insuffisantes et montrent bien l'importance d'une posologie convenable du fer chez les anémiques qui peuvent bénéficier de ce traitement.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Bauman. ***Hémorragie cérébrale*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXV, n° 2, Février 1931). — Depuis l'opinion première de Charcot et Bouchard sur le rôle des anévrismes miliaires dans la production de l'hémorragie cérébrale, de multiples opinions ont été émises sur sa pathogénèse. A propos de faits personnels rapportés dans cet article, B. émet sur ce sujet les conclusions suivantes :

On doit distinguer dans un foyer d'hémorragie l'hémorragie cérébrale due à un gros vaisseau, et les hémorragies périphériques des petits vaisseaux. La première est la conséquence de la rupture de la paroi vasculaire par suite d'une lésion ulcérative de cette paroi avec irruption sanguine et lésions parenchymateuses mécaniques secondaires. Les petits vaisseaux périphériques rompus sont porteurs ou non de lésions de leur paroi. Il faut ajouter en plus le rôle de la nécrose ischémique due au spasme vasculaire. B. insiste sur le rôle toxique et chimique de l'extravasat sanguin sur la paroi vasculaire des petits vaisseaux qui détermine la rupture secondaire de ces derniers.

L'étude des hémorragies par coup de feu montre des lésions anatomiques analogues aux précédentes. Le même processus de nécrobiose de la paroi des petits vaisseaux et du sang épanché s'y retrouve. Il en est de même dans la polio-encéphalite supérieure hémorragique. Dans les cas de ramollissement rouge, on observe de l'infiltration cellulaire avec dégénérescence de la paroi des petits vaisseaux, aussi bien dans les ramollissements anciens que récents. La paroi de la poche est constituée par 3 couches, la plus interne est formée du tissu cérébral infiltré de sang, une couche moyenne formée de vaisseaux néoformés d'éléments leucocytaires et de prolifération gliale, une couche externe névroglique. Cet élément réactionnel distingue le ramollissement rouge de l'hémorragie.

B. attire l'attention sur les faits fort intéressants d'hémorragie cérébrale des jeunes sujets dans lesquels l'examen ne montrait pas de lésion anatomique apparente. Spielmeyer a décelé dans ces cas l'existence de lésions ischémiques caractéristiques, que d'ailleurs Gildee et Cobb ont pu reproduire expérimentalement chez le chat.

H. Schaeffer.

Stanley Corb. ***La circulation cérébrale*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXV, n° 2, Février 1931). — Conheim, en 1872, émit le premier l'opinion que les infarctus ne pouvaient se produire que s'il n'existait pas d'anastomoses entre les artères. L'encéphale étant le siège d'infarctus, l'idée a persisté depuis que le cerveau présentait un réseau vasculaire à type terminal.

Les travaux récents de Temple Fay qui a injecté du mercure métallique dans les artères du cerveau de l'homme, et pris ensuite des stéréoradiographies, ont montré l'existence d'anastomoses artérielles entre les 3 cérébrales, antérieure, moyenne et postérieure. Cet auteur dit néanmoins que les artères terminales du cortex doivent exister sur une large étendue. Pfeifer montra qu'il n'y a pas d'artères terminales dans l'encéphale, et l'existence d'anastomoses entre les 3 grands territoires artériels du cerveau, entre les artérioles et les veinules. C. rapporte les travaux qu'il a faits en injectant du bleu de Berlin dans les artères cérébrales de lapins vivants sous une pression de 200 à 225 millim. de mercure. L'examen de coupes du cerveau permettait ensuite de suivre les vaisseaux sur un long trajet. Il montrait l'existence d'anastomoses entre les capillaires de l'écorce et ceux des ganglions centraux. C. a même pu constater, en utilisant un colorant vital qui teint en noir les hématies sans colorer le reste du tissu nerveux, que les capillaires du cerveau humain ne se comportaient pas différemment de ceux du lapin ou du chat. Il n'y a donc pas d'artères terminales dans le cerveau, et la théorie de Conheim que les infarctus ne peuvent s'observer que dans les organes à réseau vasculaire fermé est erronée. D'ailleurs on peut observer des infarctus dans d'autres viscères, la rate par exemple, qui n'a pas davantage d'artères terminales.

Le mécanisme des infarctus n'en reste pas moins toujours assez obscur. Quel que soit leur siège, ils semblent passer par deux phases, une première d'infarctus rouge, et une étape ultérieure d'infarctus blanc qui n'est en fait qu'une cicatrice. Faut-il expliquer la première phase congestive par un reflux du sang venant des veines et des capillaires ? Grenfield, qui a fait des expériences fort intéressantes à ce sujet, ne le croit pas, et admet que l'hyperémie est la conséquence d'un reflux du sang des artères collatérales voisines. L'anoxémie contribue en partie à expliquer certaines lésions, l'œdème, la vaso-dilatation, la diapédèse des hématies, et la nécrose.

H. Schaeffer.

Maladie de Roger

Le célèbre pédiatre français H. Roger a décrit le premier un syndrome anatomo-clinique relativement commun dans l'enfance (*Académie de Médecine*, Octobre 1879). Il s'agit d'une malformation cardiaque congénitale faisant communiquer le ventricule gauche avec le ventricule droit par un trou ou une brèche dans le septum interventriculaire. Telle est la *maladie de Roger*. La cloison qui sépare les deux ventricules peut manquer en totalité (cas exceptionnel) ou en partie (cas habituel). Dans ce dernier cas, le seul que nous visions, la perforation peut siéger en haut, comme dans un cas personnel, ou en bas, au milieu, en avant, en arrière.

Les causes échappent; dans quelques cas, on peut incriminer la syphilis. R. Debré, F. Cordey et Olivier (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1923) ont vu un enfant de 20 mois, né avant terme, peu développé, ne pesant que 7.250 gr., qui présentait les signes de la maladie de Roger : souffle systolique intense, pas de cyanose. Réaction de Bordet-Wassermann positive comme chez la mère atteinte également de maladie de Roger (hérédité similaire).

Dans un cas, que j'ai vu avec le Dr Audistère, il s'agissait d'un jumeau très délicat (l'autre étant mort) présentant un souffle intense à la région précordiale, sans la moindre cyanose. Compensation parfaite. Intelligence vive. Très faible développement somatique. Les enfants atteints de *maladie de Roger*, invalides du cœur, sont faibles et peu développés physiquement. Si leur lésion est bien compensée, s'ils ne présentent ni cyanose, ni œdème périphérique, ni hépatomégalie, ils sont prédisposés à la tuberculose. Ceux que nous avons soignés dans les hôpitaux, donc exposés à la contagion, sont morts jeunes et, à l'autopsie, nous avons toujours relevé des lésions avancées de tuberculose pulmonaire.

En même temps que la malformation cardiaque, peuvent se rencontrer, chez le même enfant, d'autres anomalies : pied bot, bec-de-lièvre, cryptorchydie, mongolisme, etc. Quoique les enfants semblent tolérer admirablement leur lésion cardiaque, sans dyspnée ni cyanose, le pronostic est mauvais. Car la lésion est définitive et incurable ; bien compensée quand l'hygiène est satisfaisante, elle peut cesser de l'être à la longue, sous l'influence des fatigues, des excès, de l'usure des organes et l'asystolie terminera la scène morbide. Si l'on voit, dans l'enfance, un assez grand nombre de cas, la maladie de Roger devient fort rare à l'âge adulte et exceptionnelle chez les vieillards. C'est dire que les sujets qui en sont atteints meurent jeunes pour la plupart et quoi qu'on fasse pour reculer le dénouement fatal.

1° Hygiène physique irréprochable : éviter le froid et l'humidité, rechercher les climats chauds et ensoleillés. Vêtements chauds sans être lourds, lainages du dessus et du dessous, gilets de flanelle ; bonnes chaussures.

2° Éviter la fatigue du corps et du cerveau ; pas de longues marches, pas de courses à pied, de sauts, de jeux sportifs ; pas de surmenage intellectuel.

3° Éviter les contacts avec des adultes malades, suspects de bronchite chronique, avec des enfants atteints de coqueluche ou de broncho-pneumonie.

4° S'il y a des symptômes de cœur forcé, d'hyposystolie, de rupture de compensation, prescrire la digitaline Nativelle ou Mialhe : X gouttes matin et soir dans un peu d'eau sucrée pendant cinq jours.

5° Pendant les périodes de calme, usage modéré des iodures :

Iodure de potassium chimiquement pur.	2 gr.
Eau bouillie	100 gr.

Une cuillerée à café matin et soir dans une cuillerée à soupe d'eau sucrée.

6° En cas de syphilis héréditaire avérée ou probable, prescrire les frictions mercurielles, le sulfarsénol ou le novar (série de 10 injections de *cinq* à *dix centigrammes* suivant l'âge).

7° Contre la faiblesse générale prescrire l'arséniate ou le cacodylate de soude, les glycéro-phosphates, le fortosson irradié et préparations analogues.

J. Comby.

Traitement de l'anxiété névropathique

L'anxiété est un syndrome, très souvent rencontré en clinique, qui comporte une double série de manifestations : dans la sphère psychique, un sentiment d'attente d'un évènement grave imminent, une nuance émotionnelle extrêmement pénible, une anarchie profonde des représentations, et un retour obsessionnel de celles-ci vers le fait redouté ; dans la sphère somatique, une incoordination marquée des mouvements volontaires, une exagération des sécrétions, une triple sensation de gêne respiratoire, précordiale et solaire. Elle se rencontre dans la mélancolie anxieuse essentielle, et, accessoirement, dans :

1° la maladie de Basedow, fond d'anxiété rehaussé d'exacerbations aiguës;

2° la sympathicotonie et la vagotonie;

3° la psychasténie, ou syndrome de Pierre Janet;

4° la neurasthénie, état anxieux acquis, d'origine toxique;

5° les bouffées anxieuses qui accompagnent les grands épisodes de la vie génitale : puberté, grossesse et ménopause;

6° l'état de besoin qui suit le sevrage brusque des toxicomanes, morphinomanes et cocaïnomanes surtout ;

7° l'hystérie, dont les accidents extériorisent souvent des phénomènes anxieux ;

8° l'épilepsie qui comporte des équivalents d'allure anxieuse comme les fugues, et qui modifie à la longue le fond mental du sujet dans le sens de l'émotivité et de l'irritabilité extrêmes;

9° l'hypocondrie avec cénesthopathies;

10° l'hébéphrénie qui revêt fréquemment au début la forme de l'agitation anxieuse, mélancolique, dont seule l'évolution la distingue par la suite.

Le traitement symptomatique, auquel on joindra, si possible, le traitement étiologique, fera appel, selon les indications des réflexes de la vie végétative :

1° aux inhibiteurs de l'orthosympathique surtout :

le tartrate d'ergotamine, dérivé de l'ergot, qui se prescrit en gouttes ou en comprimés, à la dose de un quart de milligramme à un milligramme par jour ;

le salicylate d'ésérine, en granules; dose journalière moyenne : 1 milligr. ;

2° aux inhibiteurs du parasympathique :

le chlorhydrate d'hyoscine ou le bromhydrate de scopolamine, en injections sous-cutanées, une ampoule de un quart de milligramme par jour, deux au maximum;

la « génoscopolamine », moins toxique, aussi active, en gouttes, comprimés ou injections, 1 à 3 milligr. par jour ;

3° Les sédatifs psychiques, vraiment spécifiques de l'anxiété, sont au nombre de deux :

L'opium et ses alcaloïdes, surtout ceux qui ne passent pas dans l'extrait officinal. Le laudanum de Sydenham réussit particulièrement bien. Il est recommandé de l'administrer d'une manière progressive, en débutant par XXVI gouttes par jour, à prendre en deux fois, correspondant à 1 centigr. de morphine ; on augmente la dose de II gouttes chaque jour, jusqu'à C gouttes, puis on la diminue de même jusqu'à retour au point de départ où l'on cesse le traitement. Surveiller la constipation ; faire prendre au besoin une cuillerée d'huile de paraffine aux repas.

En cas d'anxiété aiguë, de grands paroxysmes anxieux, l'injection sous-cutanée de 1 centigr. de morphine demeure le palliatif le plus efficace. L'association morphine-scopolamine, comme elle est réalisée dans l'ampoule de sédol, est encore préférable chez certains sujets. Enfin il existe une méthode de choc pour guérir l'anxiété : on accoutume le malade à une forte dose de morphine, puis on le sèvre brusquement ; elle est à réserver aux cas rebelles au laudanum progressif.

La valériane est le second spécifique de l'anxiété. La teinture est particulièrement à recommander, à la dose de 2 à 10 gr. par jour. Elle est avantageusement associée à la jusquiame (pilules de Méglin, 10 par jour), au gardénal (20 centigr.), au bromure de potassium (5 gr., dose moyenne).

L'on tentera aussi l'opothérapie ovarienne ou orchitique. Le repos absolu, l'obscurité, les bains, les diurétiques, les lavements évacuateurs seront de puissants adjuvants du traitement médicamenteux. La surveillance devra être continue auprès des anxieux, même s'ils n'ont pas manifesté d'idées de suicide. Il ne faudra pas hésiter à recourir à la sonde œsophagienne ou aux lavements nutritifs en cas de restrictions alimentaires. Enfin l'on n'a pas le droit d'interdire à ces malades de recourir à une tentative de traitement psychanalytique.

Georges d'Heucqueville.

REVUE DES JOURNAUX

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

G. Mouriquand et **G. Charleux.** ***Résultats éloignés et évolution du diabète infantile traité par l'insuline*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 267, 20 Février 1931). — 11 observations permettent à M. et C. de juger la transformation qu'a fait subir, au diabète infantile, l'apparition de l'insuline dans sa thérapeutique.

Dans certains cas, les bons résultats obtenus par ce traitement se maintiennent pendant des années: la réduction du syndrome est totale, on se rapproche d'un état de santé et d'un bilan chimique normal. Des cures discontinues d'insuline suffisent pour maintenir l'amélioration (3 cas de diabète moyen).

Plus souvent, le résultat est moins brillant; l'état général est seul transformé. Ces enfants ont une activité normale, mais la glycémie persiste entre 3 et 6 grammes, la glycosurie reste à un taux élevé, l'acétonurie, bien que diminuée, fait des retours offensifs. Certains de ces diabètes peuvent être considérés comme insulino-résistants, d'autres sont mal compensés par l'insuline; le diabète, bien qu'au ralenti, continue à évoluer. On est obligé d'augmenter les doses d'insuline et bien que la survie soit notablement prolongée, la mort finit par survenir dans le coma ou par tuberculose (3 cas).

La médication insulinique semble écarter un grand nombre de complications du diabète. Les poussées acidosiques déclanchées par les fatigues, les infections peuvent être arrêtées par l'insuline.

La tuberculose paraît plus fréquente non pas que l'insuline ait une influence aggravante sur elle, mais parce qu'elle prolonge l'évolution du diabète (2 cas).

Les maladies infectieuses aiguës peuvent évoluer sans complications ainsi que les opérations chirurgicales, grâce à l'insuline.

Le syndrome gros foie, grosse rate, ascite, paraît spécial au diabète infantile traité par l'insuline. Il est d'un pronostic grave, souvent mortel, malgré les fortes doses du médicament, et sa pathogénie est mal définie (2 cas).

La croissance est parfois arrêtée, mais non toujours.

Le diabète apparaît souvent chez l'enfant au moment d'une grande poussée staturale pubertaire ou prépubertaire.

Le traitement insulinien prolongé peut engendrer des accidents sériques ou anaphylactiques. Les accidents d'hypoglycémie sont rares, rarement inquiétants.

Dans l'ensemble, le traitement insulinien est bien supporté pendant de nombreuses années dans la majorité des cas. Un malade reçut plus de 4.000 piqûres sans incidents. L'insuline a prolongé la survie du diabète infantile, mais il faut se garder d'un enthousiasme excessif; le diabète est seulement mis au ralenti, aucun cas de guérison n'a été jusqu'ici signalé. Malgré les apparences, on doit considérer comme précaire l'avenir de ces sujets, maintenus à la vie d'une façon aussi artificielle.

Robert Clément.

Ch. Gardère. ***Le facteur alimentaire dans la constipation du nourrisson*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 267. 20 Février 1931): — Parmi les causes de la constipation chez le nourrisson, le facteur alimentaire occupe une place importante. Il ne saurait à lui seul créer la constipation, mais agit lorsqu'il trouve un terrain favorable: troubles hépato-biliaires, déséquilibre neuro-végétatif, sensibilisation anaphylactique.

Dans l'allaitement au sein, la constipation est exceptionnelle; elle est due en général à l'hypoalimentation, et serait due à une assimilation trop parfaite et trop rapide du lait. Dans d'autres cas, on admet une relation entre la constipation de la nourrice et celle du nourrisson. Enfin, l'intolérance congénitale ou acquise pour le lait de la mère ou celui de la nourrice est une cause de constipation.

Dans l'allaitement artificiel, la constipation est fréquente, même lorsque le lait est normal et l'allaitement bien conduit, car le lait de vache inadapté à l'organisme de l'enfant impose, à celui-ci, un surcroît de travail. Souvent, la constipation est le premier stade de la dyspepsie lactée. Des selles pâteuses, fermes, homogènes, grises, rappelant le mastic du vitrier, traduisent déjà une intolérance grave pour le lait de vache.

En général, à l'époque des premières bouillies, la constipation du lait de vache s'atténue, mais à l'époque du sevrage et de l'ablactation, l'usage trop prolongé des bouillies au lait, l'emploi des œufs, l'insuffisance des légumes frais et des fruits sont les principales causes de constipation.

Entre 18 et 24 mois, la constipation résulte le plus souvent d'un régime trop riche en substances azotées.

Chez le nourrisson au sein, on guérit la constipation en donnant une ration suffisante et en modifiant le régime de la nourrice.

Dans la constipation du lait de vache, il faut modifier le régime alimentaire: utiliser des laits modifiés ou, mieux, diminuer la quantité de lait et ajouter des farines sous forme de décoctions ou de bouillies maltées. Au sevrage, il faut introduire de bonne heure des purées, des légumes verts, des fruits crus dans l'alimentation, donner les œufs avec prudence, utiliser la cure de grand air, l'héliothérapie et les rayons ultra-violets qui améliorent rapidement la nutrition et diminuent l'intolérance alimentaire.

Robert Clément.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

S. Métalnikov. ***Rôle du système nerveux et des réflexes conditionnels dans l'immunité*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVI, n° 2, Février 1931). — Les réflexes conditionnels, selon Pavlov, sont ceux obtenus par une excitation dite conditionnelle, par exemple auditive, visuelle, olfactive ou mécanique; une de ces excitations peut par exemple déterminer l'écoulement de la salive après avoir été combinée plusieurs fois avec des excitations gustatives immédiates.

En combinant des injections répétées d'un antigène quelconque avec une excitation conditionnelle, M. a obtenu une modification de la formule leucocytaire du sang, des réactions cellulaires dans le péritoine des cobayes et la formation d'anticorps. Si après 12 à 15 jours de repos on pratique l'excitation externe précédente sans injection d'antigène, on voit apparaître dans le péritoine ou dans le sang des cobayes de la leucocytose et une augmentation des anticorps. M. en tire la conclusion qu' « il est possible de provoquer une réaction d'immunité par une excitation externe, c'est-à-dire par l'intervention du système nerveux ».

L'immunité ne serait pas un phénomène autonome, mais un phénomène purement vital, réglé par le système nerveux.

La défense de l'organisme se réalise grâce à l'activité des différentes cellules. Elle serait due à cinq méthodes principales : la phagocytose, la formation de cellules géantes, la formation de capsules qui entourent les microbes, l'élimination des microbes, la formation des anticorps. L'immunisation est une mobilisation et une sensibilisation des diverses cellules de l'organisme. Dans ces divers phénomènes, le système nerveux joue certainement un rôle que l'étude des réflexes conditionnels met en évidence.

Robert Clément.

PEDIATRIE
(Marseille)

E. Cassoute (Marseille). ***La séro-résistance de certaines diphtéres actuelles*** (*Pédiatrie*, 20e année, Mars 1931). — C. distingue des *séro-résistances relatives* pour lesquelles de très fortes doses de sérum finissent par agir et des *séro-résistances complètes, absolues*. Ces dernières entraînent la mort du malade malgré l'injection de plusieurs centaines de centimètres cubes de sérum.

Les séro-résistances de certaines diphtéries sont devenues plus fréquentes en ces dernières années, tout au moins dans les grandes villes et plus particulièrement dans les services hospitaliers, et on est obligé de constater que la sérothérapie antidiphtérique compte des insuccès partiels ou complets plus nombreux qu'au début de son emploi.

Les causes de ces insuccès prêtent à discussion. Pour C. le génie épidémique de la diphtérie s'est transformé, aggravé depuis 4 ou 5 ans et le sérum actuellement mis à la disposition des praticiens ne paraît pas être aussi parfaitement adapté qu'autrefois aux cas que nous avons à traiter.

Cette constatation est un argument des plus valables en faveur de l'intensification de la vaccination antidiphtérique. Parmi tous les cas soignés au pavillon de la diphtérie, C. n'a recueilli qu'une seule observation de diphtérie chez un vacciné qui a d'ailleurs parfaitement et rapidement guéri.

G. Schreiber.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Dechaume et **Maleplate.** ***Etude critique des adénites géniennes*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIII, n° 3, Mars 1931). — D. et M. croient que la plupart des cas étiquetés par Lebedinsky « adénites géniennes » relèvent, en réalité, *d'une cellulite* venant compliquer une lésion périapicale aiguë ou chronique.

L'étude de 15 cas leur a montré, en effet, que le vestibule buccal était surélevé et comblé, que la tuméfaction jugale était adhérente aux plans profonds, que la lésion osseuse était constante.

Ils ont pu vérifier les rapports de continuité entre la lésion périapicale et la tuméfaction jugale par l'exploration au stylet, l'injection au lipiodol, le lavage intra-alvéolaire après l'intervention.

C. Ruppe.

BRUXELLES MEDICAL

R. Reding et **A. Slosse** (Bruxelles). ***Des variations du pH, de la réserve alcaline et du calcium sanguin au cours de la grossesse et de la parturition*** (*Bruxelles Médical*, tome XI, n° 18, 1er Mars 1931). — De leurs recherches sur 72 femmes normales en période de gestation et de parturition, R. et S. tirent la conclusion qu'au cours de la grossesse, le pH sanguin reste normal jusqu'au septième

mois, période à laquelle il s'élève lentement pour aboutir à une alcalose élevée au moment du terme de la parturition et des jours qui suivent. La réserve alcaline subirait des variations en sens inverse du taux du pH. Elle s'abaisse vers la moitié de la gestation et reste au même niveau jusqu'à la fin de la première semaine qui suit l'accouchement (Les chiffres trouvés au huitième et au neuvième mois oscillent entre 55,46 et 52,06).

La teneur du sang en calcium total et en calcium ionisé s'abaisse progressivement au cours de la deuxième moitié de la grossesse et ne revient à la normale qu'un certain temps après l'accouchement.

Aux mêmes époques de la gestation et de la puerpéralité d'autres modifications humorales sont observées, notamment l'instabilité colloïdale du sérum, les changements de la tension superficielle et la perméabilité de la membrane cellulaire, l'élévation de la teneur du sang en acide lactique et en cholestérol.

R. et S. se demandent si l'alcalose physiologique du terme et de la parturition a une influence favorisante sur l'apparition du cancer, car ils ont signalé antérieurement l'action excitante de l'alcalose du sang sur la division cellulaire maligne.

Peut-être l'étude systématique de ces modifications humorales apportera-t-elle quelques éclaircissements sur la physiologie de la gestation et du post-partum, sur le déterminisme du travail et peut-être sur la nature de la prédisposition aux infections microbiennes des parturientes.

ROBERT CLÉMENT.

IL POLICLINICO (Sezione pratica)
(Rome)

G. Bombi. *La sympathectomie péri-artérielle dans le traitement des douleurs posthémiplégiques* (*Il Policlinico* [*Sez. prat.*], 37e année, n° 33, 18 Août 1930). — B. rapporte 2 observations de douleurs tenaces post-hémiplégiques dans lesquelles il obtint un bon résultat avec la sympathectomie péri-artérielle. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 62 ans chez qui, quelque temps après la stabilisation de son hémiplégie, étaient apparues des paresthésies douloureuses du membre supérieur droit. Continues et paroxystiques, elles duraient depuis plus d'un an, et le malade remarquait qu'elles s'exacerbaient sous l'effet de certaines excitations périphériques, le froid par exemple. Objectivement on trouvait, outre le tableau typique d'une hémiplégie d'origine cérébrale, une légère hypoesthésie superficielle, portant sur le tact et la sensibilité douloureuse. La sympathectomie périhumérale amena la régression complète de ces douleurs pendant un an, puis le malade mourut d'un second ictus. L'autre cas différait du précédent en ce que les douleurs siégeaient dans tout le côté paralysé; qu'elles étaient moins violentes et ne s'accompagnaient d'aucun trouble objectif de la sensibilité. La double sympathectomie, humérale et fémorale amena leur guérison; elles ne reparurent pas de quelques mois, au bout desquels le malade fut perdu de vue.

B. souligne le contraste entre ces résultats et la théorie aujourd'hui admise de l'origine centrale des douleurs hémiplégiques. Il rappelle que chez un de ses malades les paroxysmes étaient provoqués par une excitation locale (le froid), ce qui s'observe dans les algies à point de départ périphérique (Marie et Bouttier). Mais ceci ne serait pas contradictoire avec l'origine centrale des douleurs si l'on admet avec Head que l'écorce exerce par l'intermédiaire de la voie corticothalamique un contrôle permanent sur le thalamus: quand ce contrôle est supprimé par une lésion de cette voie ou des centres corticaux, le thalamus se trouve dans un état d'hyperexcitabilité constante, qui le porte à réagir d'une façon excessive aux stimulations sensitives de toute sorte.

L'effet de la sympathectomie chez les hémiplégiques peut-il s'interpréter par un mécanisme analogue, ou faudrait-il revenir dans certains cas à l'idée d'une origine périphérique de la douleur (par irritation des vaisseaux nerveux secondaire aux perturbations circulatoires locales d'origine sympathique, aux troubles trophiques, à la contracture, aux arthropathies lentement développées, etc.)?

B. se borne à poser ces questions et à demander que des observations nouvelles viennent confirmer ou infirmer les siennes.

F. COSTE.

G. Quarelli. *Spasme de torsion et intoxication professionnelle par le sulfure de carbone* (*Il Policlinico* [*Sezione medica*], 37e année, n° 35, 1er Septembre 1930). — Dans l'observation de Q. ne figurait en effet aucun des antécédents ni des facteurs étiologiques possibles du spasme de torsion (encéphalite, syphilis, maladie de Wilson, ramollissement, etc.), et l'auteur incrimine l'intoxication professionnelle à laquelle était soumis son malade. Il rappelle qu'il a cité antérieurement des exemples d'autres syndromes cérébro-spinaux déterminés par le même poison (parkinsonisme, pseudosclérose en plaques).

F. COSTE.

M. Mazzetti. *Un nouveau signe physique de l'hydro-pneumothorax : le son hydroaérique* (*Il Policlino* [*Sezione pratica*], 37e année, n° 37, 15 Septembre 1930). La sonorité mixte, à la fois creuse et mate, à laquelle M. donne aussi le nom de «sonorité d'outre», n'aurait été selon lui décrite dans l'hydro-pneumothorax par aucun auteur. Elle n'est cependant pas très rare et beaucoup se souviendront sans doute de l'avoir constatée. Selon M., il faudrait, pour qu'elle apparaisse, certaines conditions auxquelles doivent satisfaire l'épanchement et les parois pleurales: la poche gazeuse doit être volumineuse et sa pression égaler au moins la pression atmosphérique. La quantité de liquide doit également être abondante, et sa densité demeurer faible. Cependant l'instabilité extrême du système hydroaérique contenu dans la cavité pleurale empêche de poser des règles certaines, et celles qui viennent d'être indiquées sont probablement tempérées en pratique par d'importantes exceptions.

F. COSTE.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

V. Speranza. *Importance de la constante d'Ambard en cas d'azotémie légère* (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, tome LI, n° 42, 19 Octobre 1930). — S. rapporte 13 cas de néphrite avec lésions rénales indiscutablement graves, et où l'azotémie restait inférieure à 0 gr. 50. La constante d'Ambard était par contre franchement mauvaise. Elle donne donc des renseignements plus précis que le dosage de l'urée sanguine et témoigne d'une sensibilité supérieure à celle de cette dernière épreuve. S. confirme donc sur ce point l'opinion de Widal et de ses élèves.

F. COSTE.

E. Marino. *L'éphédrine dans le traitement de quelques maladies infantiles* (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, tome LI, n° 45, 9 Novembre 1930). — M. cite un certain nombre de cas de coqueluche dans lesquels l'éphédrine a donné de bons résultats dès le début de la période des quintes. Il l'a employée aussi avec succès dans un cas d'urticaire qui résistait depuis 6 mois à toutes les tentatives thérapeutiques.

Il confirme enfin ses heureux effets dans diverses manifestations allergiques, comme l'asthme, le rhume des foins, la migraine, dans certaines bronchites chroniques avec emphysème, certaines bronchectasies, dans certains érythèmes et eczémas, l'œdème de Quincke, dans des syndromes liés à l'hyper ou à l'hypovagotonie, dans l'anaphylaxie sérique ou alimentaire. Il ajoute à cette liste certaines dysménorrhées avec hémorragies, les rhinites hypertrophiques ou spasmodiques, les hypotensions artérielles, le collapsus au cours des maladies infectieuses, du shock, de l'anesthésie par la morphine-scopolamine, de la rachianesthésie, certaines crises nitritoïdes, ou hypoglycémiques. Ce sont les indications de l'adrénaline, sur laquelle l'éphédrine a de nombreux avantages.

F. COSTE.

ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
(Turin)

E. Puccinelli. *Un cas de cancer primitif du foie* (*Archivio Italiano di Anatomia e Istologia patologica*, tome I, n° 5, Sept-Oct. 1930). Observation d'un cancer primitif du foie dérivant très probablement des cellules hépatiques: cette tumeur présentait tant au niveau de ses nodules primitifs qu'au niveau de ses métastases une pigmentation verdâtre due sans doute à la présence d'un pigment semblable à celui de la bile; la tumeur avait donné lieu à une diffusion métastatique localisée dans le squelette.

F. COSTE.

L. Pisani. *Les hématuries essentielles* (*Archivio Italiano di Anatomia e Istologia patologica*, tome I, n° 5, Sept-Oct. 1930). — Après critique des théories pathogéniques émises à propos de l'hématurie essentielle et élimination d'un certain nombre de causes possibles d'hématurie, P. est amené à restreindre le domaine de cette forme clinique: elle répondrait à deux types de lésions différents: ou bien l'on trouve à l'examen anatomique des lésions minimes de néphrite parcellaire aiguë ou chronique associées à de la congestion active et à des épanchements hémorragiques interstitiels, ou bien toute lésion de néphrite est absente en dehors de légères altérations dégénératives de l'épithélium dues très probablement à l'hémorragie elle-même: il n'y a qu'une intense congestion active des vaisseaux et l'hématurie a un siège surtout glomérulaire.

La pathogénie proposée par P. est assez complexe et fait intervenir tour à tour l'inflammation, différentes influences toxiques, nerveuses, des phénomènes vaso-moteurs réflexes, des altérations acquises des propriétés physico-chimiques du sang, des lésions préexistantes des parois vasculaires. Le facteur constitutionnel dyscrasique (hémophilie-hémogénie) joue sans doute aussi un rôle.

F. COSTE.

REVISTA SANITARIA SICILIANA
(Palerme)

F. Nicoletti. *Trois cas de mort après administration thérapeutique d'acétate de thallium* (*Revista Sanitaria Siciliana*, 18e Année, n° 16, 15 Août 1930). — Les phénomènes d'intoxication s'observent chez une proportion élevée des malades traités par l'acétate de thallium. En général, il s'agit de symptômes assez bénins: anorexie, asthénie, céphalée, névralgies, troubles légers de la sensibilité, sialorrhée, manifestations gastro-intestinales rarement intenses. Il est moins fréquent

d'observer des vomissements, des vertiges, des douleurs abdominales très prononcées, des arthralgies (du genou surtout) de la fièvre, de l'albuminurie, de l'acétonurie, de l'amaigrissement et de l'anémie.

A côté de ces accidents mineurs, l'intoxication thallique peut entraîner des complications plus sévères: tétanie, choréoathétose, désordres psychiques graves, troubles de la vue, de la marche, accidents épileptiformes, polynévrites ou névrites, encéphalite.

Outre les morts imputables à une erreur de posologie, on en connaît d'autres, provoquées par des doses normales ou même inférieures à la normale; en particulier 3 observations en ont été rapportées par Merkel.

Les trois enfants de N., âgés respectivement de 7, 10 et 10 ans, avaient reçu 8 milligr. d'acétate de thallium par kilogramme corporel. Ils furent pris de violentes douleurs dans les membres inférieurs et l'abdomen, de céphalée, d'adynamie, de fièvre, avec, chez l'un d'eux, un syndrome polyarthritique rappelant le rhumatisme articulaire aigu, chez l'autre de la congestion pulmonaire. Ils présentèrent de l'albumine, et succombèrent au milieu de phénomènes dyspnéiques, en accusant de vives brûlures stomacales, la maladie ayant duré sept, onze et quinze jours.

L'autopsie montra une congestion intense et des lésions épithéliales sur tout le tractus digestif, une néphrite tubulaire avec des calcifications dans le parenchyme rénal et de grosses lésions hépatiques.

F. Coste.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

K. Zieler. ***Le fonctionnement hépatique est-il troublé par le traitement antisyphilitique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, nº 10, 6 Mars 1931). — A l'inverse de l'opinion admise lors du début d'application des thérapeutiques modernes antisyphilitiques, Z. a noté que le traitement énergique à l'aide de sels arsenicaux ou de bismuth ne détermine que très rarement et de façon passagère des troubles de fonctionnement du foie, exception faite pour quelques individus spécialement sensibles.

Des épreuves répétées destinées à mettre en évidence l'insuffisance hépatique ont été pratiquées chez des syphilitiques traités et confirment cette manière de voir. Selon Z. les manifestations d'ictère observées fréquemment autrefois correspondaient donc surtout à des traitements insuffisants ou mal maniés: hépato-récidives, réactivation ou phénomène d'Herxheimer. L'association de la pyrétothérapie favoriserait le déclanchement de troubles de fonctionnement du foie passagers démontrés par l'apparition transitoire de quelques signes d'insuffisance hépatique (urobilinurie, bilirubinémie, épreuves de lactose, de lévulose, modification de la courbe glycémique après ingestion de lévulose, trouble d'élimination de la phénolphtaléine, etc.).

La fréquence de ces troubles hépatiques a notablement régressé actuellement, ce qui démontre que d'autres influences que celle du traitemnt intervenaient dans leur déterminisme.

G. Dreyfus-Sée.

E. Keeser. ***La cause de la toxicité de l'alcool méthylique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, nº 10, 6 Mars 1931). — Expérimentalement l'alcool méthylique introduit dans l'humeur vitrée de l'œil d'un veau fraîchement tué est oxydé et transformé en formaldéhyde. De même chez des lapins intoxiqués par l'alcool méthylique on peut retrouver l'aldéhyde formique dans le liquide céphalo-rachidien et dans le corps vitré. En outre les modifications anatomo-pathologiques observées à la suite de l'intoxication par l'alcool méthylique sont semblables à celles déterminées par la formaldéhyde.

Ces diverses notions permettent donc de conclure que l'action toxique spécifique de l'alcool méthylique est due à la formation dans l'organisme de formaldéhyde qui détermine les manifestations pathologiques.

G. Dreyfus-Sée.

P. Mulzer et E. Keining. ***La pyrétothérapie maximale dans les infections : son utilisation pour le traitement de la gonococcie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, nº 12, 20 Mars 1931). — La pyrétothérapie rationnelle peut être basée sur une loi corollaire d'un des principes de Arndt-Schulze: au cours des réactions générales, panergiques de l'organisme, les réactions focales ne peuvent se développer.

L'une des premières applications de la pyrétothérapie dans les infections a été tentée contre la gonococcie. M. et K. ont utilisé dans le traitement de cette affection un vaccin spécifique susceptible de déterminer une réaction fébrile maximum qu'ils appellent la vaccino-pyrétothérapie maximale et qu'ils obtiennent en injectant du gonoyatrène concentré à 500 millions de germes par centimètre cube.

Cette thérapeutique échoue dans tous les processus d'infection de la muqueuse, de même que les autres traitements par voie parentérale. Mais par contre on obtient de remarquables succès dans les complications gonococciques et en particulier dans les processus métastatiques avec foyers à distance. La régression rapide et complète des complications modifie favorablement l'évolution de la gonococcie et fait de la pyrétothérapie une méthode de cure intéressante.

G. Dreyfus-Sée.

O. Schedtler. ***Résultats statistiques de la thoracoplastie extrapleurale*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, nº 12, 20 Mars 1931). — Les indications de la thoracoplastie doivent être actuellement élargies. S. considère comme relevant de cette méthode:

1º Les cavernes tuberculeuses unilatérales;

2º Les formes bilatérales, lorsque le côté opposé est atteint de façon peu intense et peu étendue et surtout si nulle tendance évolutive n'y est constatée après une observation minimum de 2 mois;

3º Les pneumothorax incomplets avec sommet ou lobe supérieur cavitaire adhérent;

4º Les cavités de pyopneumothorax persistantes;

5º Les hémoptysies graves lorsque le pneumothorax est impossible ou inefficace;

6º Les scléroses graves avec troubles cardiaques par déplacement du cœur.

Sur ces bases il a pratiqué 320 opérations plastiques avec une mortalité durant les 8 premières semaines de 17 cas, soit 5,3 pour 100.

Mais seuls, 3,3 pour 100 des cas unilatéraux simples décédèrent (sur 239 cas), alors que 11 pour 100 des 81 formes compliquées succombèrent, élevant ainsi le pourcentage général de mortalité.

Les résultats durables sont appréciés par l'observation de 200 sujets opérés pour la plupart en 1929 avec 64,5 pour 100 de survie, dont 43,5 pour 100 guéris et 19,5 améliorés.

En considérant séparément les formes très graves et les cas plus simples dans lesquels l'intervention est véritablement indiquée et efficace, on en arrive à voir dans la thoracoplastie extrapleurale une thérapeutique peu dangereuse, bien réglée et susceptible d'amener des guérisons dans des formes sévères de tuberculose.

G. Dreyfus-Sée.

MUENCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Kayser. ***Thérapeutique calcique de la pneumonie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, nº 5 (30 Janvier 1931). — 18 cas de pneumonie et broncho-pneumonie chez des sujets d'âge variable ont été traités par K. par administration quotidienne de 10 à 50 cmc de solution à 10 pour 100 de calcium Sandoz avec des résultats thérapeutiques favorables: sédation plus rapide des signes physiques et généraux, absence de complication, en particulier pas de défaillance cardiaque, action sédative évitant l'agitation, le délire.

Les injections étaient faites intra-musculaires, toutes les 3 ou 4 heures, à la dose de 10 cmc de solution chez l'adulte. Les cas graves comportaient des doses fortes, parfois même intra-veineuses, les formes moins sévères étaient traitées par des doses plus faibles; chez des enfants de 8 à 12 ans, l'injection deux fois par jour de 5 cmc parut fournir de bons résultats.

Malgré le petit nombre des cas, l'impression qui se dégage est favorable, le traitement paraît simple et efficace et il serait intéressant de l'appliquer plus largement pour en préciser encore les indications et les résultats.

G. Dreyfus-Sée.

Assmann. ***Le foie et la rate dans la maladie de Basedow*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, nº 6, 6 Février 1931). — On a peu insisté sur les manifestations hépatiques au cours de la maladie de Basedow. Il en existe cependant des observations assez nombreuses éparses dans la littérature, et A. en a rencontré chez ses malades avec une certaine fréquence.

Souvent il s'agit d'une complication secondaire, l'atteinte hépatique succédant aux phénomènes de stase cardiaque. Mais le rôle des lésions toxiques des cellules hépatiques n'est pas négligeable, et paraît d'autant plus appréciable que fréquemment les phénomènes cardiaques sont frustes. Anatomiquement le plus souvent, il s'agit de dégénérescence graisseuse; parfois dans les formes de plus longue durée on note des lésions cirrhotiques.

L'ictère est observé surtout dans les formes graves de Basedow, mais pas uniquement dans celles qui évoluent vers la mort. Dans 3 cas suivis par A., l'ictère régressa parallèlement aux autres manifestations thyro-toxiques. Il constitue donc un phénomène sérieux mais non fatal au cours de la maladie de Basedow.

Plus fréquemment on observe au cours du goitre exophtalmique une splénomégalie qui est ordinairement une manifestation de l'hyperplasie générale de l'appareil lymphoïde, exception faite des cas où elle correspond à la stase cardiaque ou à une cirrhose hépatique.

G. Dreyfus-Sée.

E. Herzfeld et Frieder. ***Résultats thérapeutiques du régime de Blum au cours de la maladie de Basedow*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, nº 6, 6 Février 1931). — Les recherches de Blum sur le rôle des parathyroïdes l'ont amené à considérer qu'il n'y a pas d'hormone glandulaire proprement dite, mais que la glande fournit une substance activée dans une région de l'organisme encore inconnue, et passant dans le sang où il est possible de la mettre en évidence expérimentalement. Cette substance hormonique active est assimilable par voie digestive et on peut protéger des animaux parathyroïdectomisés en leur donnant à ingérer du sang frais. Par contre les accidents ne sont pas évités par l'ingestion seule de glande parathyroïde; en outre il n'y a pas de relation appréciable entre la teneur en calcium de l'alimentation et les troubles observés ; le lait riche en calcium n'évite pas les accidents alors que ceux-


LA PASSIFLORINE
est le TRAITEMENT
PHYTOTHÉRAPIQUE
des ÉTATS NÉVROPATHIQUES
uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES
Passiflora incarnata
Salix alba
Cratœgus oxyacantha
ANXIÉTÉ
ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE
Laboratoires G.RÉAUBOURG
1, Rue Raynouard - PARIS (XVIe)

ci sont enrayés par l'ingestion de sang contenant peu de calcium, et entraînant pourtant un relèvement du taux calcique sanguin jusqu'à la normale.

Enfin l'absorption de viande détermine la reprise des troubles alors que le régime reste identique par ailleurs. Se basant sur ces observations, Blum a proposé d'instituer pour traiter la tétanie humaine un régime dit prophylactique comportant du lait, des légumes et une quantité déterminée de sang frais, mais régime sans viande ni ses dérivés. En pratique l'absorption de sang frais difficile à obtenir est remplacée par une préparation de sang desséché riche en hormones : l' « Hémokrinin ».

Poursuivant ses expériences Blum a pu démontrer l'action antithyroïdienne du sang frais.

Alors que des têtards nourris d'extrait thyroïdien en excès présentent un arrêt de développement, l'adjonction de sang détermine une reprise de croissance égale à celle des animaux témoins. Quelques essais de thérapeutique appliquée aux syndromes basedowiens avaient été satisfaisants.

H. et F. les ont repris sur 6 malades graves qu'ils ont soumis à un régime sans viande, riche en lait (1 à 2 litres par jour), comportant des légumes et des fruits et environ 40 tablettes d'hémokrinin par jour.

Ces sujets résistants aux traitements jusqu'alors tentés, et chez lesquels l'intervention chirurgicale paraissait contre-indiquée, ont été notablement améliorés par cette thérapeutique que les auteurs considèrent comme une médication substitutive.

G. Dreyfus-Sée.

K. Gutzeit et **J. Herrmann.** ***L'action des extraits gastriques sur l'anémie pernicieuse [suc gastrique naturel, muqueuse pylorique et fondique, paroi de l'intestin grêle]*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 7, 13 Février 1931). — Pour une série de malades, les auteurs ont utilisé l'extrait pulvérisé d'estomac de porc (Ventraemon) avec des résultats absolument comparables à ceux de l'extrait de foie.

Leurs 7 premières observations antérieurement publiées comportaient un seul échec chez un sujet qui se montra également hépato-résistant et dont l'histoire évolutive ultérieure prouva qu'il ne s'agissait pas de maladie de Burnier pure.

A la base de ces essais sont les observations de Castle montrant que la chair musculaire digérée par un estomac normal donne naissance à une substance anti-anémique qui ne se produit pas lors de la digestion par un suc gastrique de malade atteint d'anémie pernicieuse.

L'importance de ces données méritait qu'on fît une vérification sérieuse des résultats qui mettaient une fois encore au premier plan la notion de l'achylie gastrique des biermériens.

Les recherches de G. et H. ont confirmé les travaux de Castle et montré l'absence d'action isolée de certains produits digestifs.

1° 250 gr. de chair musculaire sont mis en contact à l'étuve durant une heure avec 75 à 100 cmc de suc gastrique actif de chien, puis administrés quotidiennement à des malades.

Dans 3 cas d'anémie de Burnier, une rémission avec crise sanguine réticulocytaire typique fut observée.

2° La même action favorable a été notée chez un sujet à qui on donnait la viande digérée à l'étuve durant une heure par de la pepsine acide (tablettes d'azidol-pepsine). Par contre, l'administration isolée de pepsine acide chez ce même malade était demeurée sans effet.

3° Le Ventraemon ne contenant pas de lab ferment, le rôle de celui-ci en tant que facteur anti-anémique ne peut donc être discuté.

4° L'extrait pulvérisé de muqueuse fondique de porc administré aux anémiques a déterminé constamment une crise réticulocytaire suivie d'augmentation du nombre des érythrocytes. Par contre, la muqueuse pylorique n'a été active que dans un cas sur 3. Il est vrai de dire qu'il s'agissait d'un extrait encore mal purifié.

5° Enfin l'extrait sec pulvérisé de muqueuse d'intestin grêle de porc a été inefficace à lutter contre l'anémie pernicieuse du malade à qui il avait été administré.

G. Dreyfus-Sée.

B. Essig. ***Prophylaxie du rachitisme par le lait irradié*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 7, 13 Février 1931). — Les essais ont été pratiqués chez des nourrissons âgés de 2 mois, et allaités artificiellement dans une crèche. L'évolution ou la régression du rachitisme ont été appréciés en tenant compte de 2 symptômes : la largeur de la fontanelle et les placards de cranio-tabes. Lors d'un premier hiver la prophylaxie a été réalisée à l'aide de lait ordinaire additionné d'une certaine quantité de lait irradié. Le deuxième hiver tout le lait donné aux enfants était irradié.

En comparant les cas de rachitisme observés la première et la deuxième année, l'auteur conclut à la valeur prophylactique du lait irradié totalement alors que le lait irradié coupé de lait ordinaire serait inefficace.

Dans l'appréciation de ces résultats il convient de rappeler que les tests de rachitisme dont il est tenu compte dans ce travail ne sont pas unanimement admis et en particulier la valeur du cranio-tabes a fait l'objet en France de nombreuses discussions.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Munich et Vienne)

F. Georgi et **O. Fischer.** ***La question de l'existence des anticorps cérébraux dans la syphilis humaine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 5, 31 Janvier 1931). — Les auteurs reprennent, dans ce travail, les recherches qu'ils ont faites sur les anticorps cérébraux dans la syphilis. Ils utilisent actuellement des extraits alcalins d'écorce cérébrale desséchée par l'acétone et sans aucune adjonction de cholestérine. Par cette méthode il leur a été possible de démontrer l'existence d'anticorps cérébraux chez l'homme. Avec d'autres extraits cérébraux, ils n'y sont pas arrivés, de sorte que les objections qu'on leur a faites jusqu'ici ne leur paraissent pas justifiées.

G. et F. ont constaté que le liquide céphalo-rachidien et le sérum de syphilitique ne réagissent pas toujours de même. En utilisant des dilutions croissantes de l'un et de l'autre, ils ont observé que le liquide céphalo-rachidien réagit encore avec des dilutions pour lesquelles le sérum ne réagit plus. La pauvreté en albumine du liquide céphalo-rachidien jouerait peut-être un rôle. En employant des extraits non cholestérinés, les résultats ont été beaucoup plus nets qu'auparavant. La pureté de l'antigène intervient seule dans la réponse. Cependant, dans certains cas de maladie aiguë, les réponses ne sont pas spécifiques parce qu'il survient une modification de la labilité des corps en présence.

En somme, l'amélioration de la technique d'absorption, de nouveaux cas de réactions cérébrales pures au cours d'affections organiques non syphilitiques du système nerveux central, la production expérimentale d'anticorps cérébraux chez l'homme et la spécificité ainsi démontrée des extraits préparés par G. et F. confirment que dans la syphilis il se produit des anticorps spécifiques cérébraux.

P.-E. Morhardt.

E. Frank et **E. Hartmann.** ***Apparition aiguë de macrocytes et d'érythroblastes sans anémie concomitante au cours d'insuffisance sévère du ventricule droit*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 5, 31 Janvier 1931). — Les auteurs rappellent d'abord quelques travaux sur les modifications du sang observées dans certaines insuffisances cardiaques et notamment l'augmentation du diamètre des érythrocytes constatée par Vaquez et Eiger en cas de cyanose d'origine emphysémateuse. F. et H. donnent ensuite 6 observations de thromboses des coronaires (3 cas), de l'artère pulmonaire (1 cas), de lésions valvulaires décompensées (2 cas). Dans tous ces cas, il existait une insuffisance sévère surtout du cœur droit (cyanose, ictère). Ils ont constaté, en outre, que chez un malade, 5 semaines avant sa mort, il est apparu dans le sang des érythrocytes nucléés. Une constatation analogue a été faite entre 2 et 15 jours avant la mort dans les autres cas. Ces modifications sont apparues sans que le nombre des érythrocytes diminue, sauf dans un cas où une anémie hyperchromique est survenue, contrairement à ce qu'on aurait attendu, après une forte hémorragie.

Ces modifications sanguines sont caractérisées par de la polychromasie, l'apparition de macrocytes, de gigantocytes, d'érythroblastes, de macroblastes et d'érythrocytes avec corpuscules de Jolly. Le noyau des érythroblastes est en forme de rosette ou divisé. Les leucocytes sont augmentés, surtout les neutrophiles. La moelle osseuse a été examinée dans 2 cas et on a trouvé une transformation érythroblastique et mégaloblastique sans participation des myéloïdes.

Il semble qu'en somme les difficultés rencontrées par le sang pour arriver aux alvéoles pulmonaires déterminent une multiplication des érythrocytes. L'excitation que suppose ce phénomène doit être attribuée à l'apparition d'un produit anormal du métabolisme dû à la stase veineuse. On peut aussi songer, étant donné la nécrose et la dégénérescence graisseuse des parties centrales du lobule hépatique, à des lésions graves du foie. Car il existe vraisemblablement, dans le foie, un facteur réglant l'hématopoïèse normale. D'un autre côté, on doit noter que ces phénomènes s'observent rarement et qu'il faut, par conséquent, supposer chez les individus qui les présentent une constitution spéciale. D'autre part, il est frappant que sur le nombre des cas observés, il en est 3 de thromboses coronaires.

L'auteur a adopté dans ce travail la nomenclature de Naegeli. Mais il ne veut pas discuter de la question de l'origine réelle des éléments cellulaires observés. Toujours est-il qu'une macrocytose et une macroblastose, comme il s'en observe seulement dans les anémies assez marquées, ont été rencontrées dans ces divers cas sans qu'il y ait anémie proprement dite.

P.-E. Morhardt.

A. Vannotti. ***Action du climat d'altitude sur les capillaires cutanés de l'homme*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 6, 7 Février 1931). — V. a procédé à ses observations à Zurich (409 m. d'altitude), Luine (208 m.), au Col d'Olen (3.900 m.) et au Punta Gnifetti (4.560 m.). Il a ainsi constaté qu'à l'altitude les capillaires s'élargissent du fait d'une augmentation du travail du cœur. Le diamètre des capillaires est, en effet, régi par la pression artérielle. Par suite, au cours d'un travail énergique, la dilatation augmente encore et on finit par constater un pouls capillaire net qui d'ailleurs est en relations étroites avec la température de la peau.

Sous l'influence de la fatigue, la dilatation des capillaires se produit également en même temps que le courant se ralentit et parfois stagne. Dans quelques cas, on observe des dilatations anévrismatiques sur le bord périphérique de l'anse.

Le froid provoque de la dilatation avec stase et cyanose. Cependant, au début, les effets du froid provoquent une contraction des capillaires qui est beaucoup plus marquée dans la plaine qu'à l'altitude.

La pression capillaire n'a pas pu être mesurée

avec l'appareil de Krog. L'auteur a construit un appareil consistant en une aiguille qui appuie sur les capillaires étudiés jusqu'à arrêter la circulation. Les chiffres obtenus ainsi n'ont qu'une valeur relative. Ils ont permis de constater que la pression des capillaires augmente d'autant plus que la pression systolique est plus élevée. Elle est en outre proportionnelle à la température. Les chiffres constatés ont été dans la plaine de 14 et, à 3.000 m., de 18 au repos, de 19 sous l'influence de la fatigue, de 21 sous l'influence du froid et de 22 sous l'influence d'un travail physique.

Le nombre des capillaires remplis a varié par millimètre carré de 50 à 60 dans la plaine et, à l'altitude, de 70 à 80. P.-E. Morhardt.

Siegwart Hermann et **Marie Freund.** ***Les propriétés et les effets d'une nouvelle classe de combinaisons organiques bromées*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 6, 7 Février 1931). — H. et F. ont étudié une combinaison bromée spéciale. Ils prennent de l'acide oléique dont voici la formule :

$$CH^3-(CH^2)^6-CH^2-CH=CH-CH^2-(CH^2)^6-COOH.$$

Ils transforment cette substance en acide stéarique dibromé :

$$CH^3-(CH^2)^6-CH^2-\underset{\substack{|\\ Br}}{CH}-\underset{\substack{|\\ Br}}{CH}-CH^2-(CH^2)^6-COOH.$$

Dans ce corps la double liaison a disparu. En supprimant un des Br, on obtient l'acide oléique monobromé dont voici la formule :

$$CH^2-(CH^2)^6-CH^2-\underset{\substack{|\\ Br}}{C}=CH-CH^2-(CH^2)^6.COOH.$$

Dans cette formule la double liaison reparaît en même temps qu'un des Br disparaît. Une nouvelle classe de corps a ainsi pu être préparée et s'est montrée douée de propriétés spéciales par rapport aux combinaisons dibromées ordinaires comme par exemple la bromipine. Tandis que les substances du genre de cette dernière sont supportées par le lapin, à la dose de 30 gr. par kilogr. correspondant à 9 gr. de brome, la combinaison monobromée ou son sel de soude (multibrol) n'est supportée qu'à la dose de 0,7 gr. correspondant à 0 gr. 1 de brome par kilogramme de lapin. De plus NaBr + 2 H^2O est supporté à la dose de 5 gr. correspondant à 2 gr. 9 de brome. On n'a pas pu mettre en évidence que ce corps monobromé ait une action narcotique sur les animaux. Il n'a pas non plus d'effets cumulatifs et il ne modifie ni la pression du sang, ni le volume respiratoire, ni la fréquence respiratoire. La même modification de la toxicité a été observée en transformant l'acide béhénique dibromé (sabromine) en un composé monobromé. De même l'acide succinique dibromé prend des propriétés toxiques quand il est transformé en acide monobromé.

Les auteurs rappellent à ce sujet que des phénomènes de même ordre ont été constatés entre la quinine dibromée et la quinine monobromée (Schröder).

Les auteurs ont utilisé de l'huile camphrée avec une émulsion de camphre dans la gélatine pour déterminer des convulsions et voir si le multibrol peut en empêcher l'apparition. Mais cette manière de faire ne s'est pas montrée utilisable pour étudier les effets anticonvulsifs des corps monobromés ou du bromure de sodium : Il paraît probable aux auteurs que le brome agit conformément à la théorie de Höber en modifiant la perméabilité des membranes et que les corps monobromés peuvent présenter une force de pénétration particulière dans les lipoïdes cérébraux.

H. et F. ne donnent pas d'observations cliniques détaillées, mais déclarent qu'avec ces corps, les symptômes de bromisme n'apparaissent pas. Ils font remarquer cependant que dans l'épilepsie où la quantité de Br joue peut-être un rôle, les résultats n'ont pas été nets. P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

J. E. W. Brochner. ***Le traitement des intoxications graves par les hypnotiques*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, tome LII, n° 12, 21 Mars 1931). — B. rapporte 8 cas d'intoxication fort grave due à des hypnotiques (véronal, phanodorme, morphine dans un cas) accompagnée de perte complète de la conscience.

Dans 7 de ces cas il a pratiqué une ponction lombaire qui a montré une hypertension souvent très marquée (170 à 410 mm. d'eau) du liquide céphalo-rachidien en décubitus latéral. Il a laissé s'écouler une quantité suffisante de liquide pour rétablir une pression normale (120 mm.). A l'exception d'une malade intoxiquée par la morphine, qui succomba à une bronchopneumonie, tous les autres patients guérirent. Aussi B. conseille-t-il de faire en pareil cas, après le lavage d'estomac, une ponction lombaire aussi précoce que possible. On la fera suivre avec profit de l'injection sous-cutanée d'une grande quantité de sérum glycosé isotonique additionné d'éphédrine.

B. attribue le bon effet de la ponction à l'amélioration des conditions de la circulation qui se trouvait gênée par l'hypertension rachidienne. Mieux irrigués, les centres respiratoire et vasomoteur du bulbe fonctionneraient de nouveau normalement. Le sérum injecté permet une plus rap'de élimination du toxique et relève la pression sanguine toujours très abaissée. L'éphédrine, en tant qu'agent vaso-constricteur, favorise ce relèvement et la résorption du sérum injecté, en même temps qu'elle stimule la respiration. Dans l'intoxication par la morphine on ajoutera les inhalations d'oxygène.

P.-L. Marie.

BRUNS' BEITRAGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin, Vienne)

Seidel. ***Le traitement du pyloro-spasme du nourrisson*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLI, n° 3, Janvier 1931). — La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson est une affection actuellement bien connue et qui doit bénéficier du traitement chirurgical.

L'auteur rappelle tout d'abord les divers moyens médicaux, tels que les régimes, la régularisation de l'alimentation, l'usage de l'atropine et des antispasmodiques, pour montrer d'une manière générale leur inefficacité. Le traitement médical donne en effet une mortalité de 10 pour 100 alors que le traitement chirurgical n'a qu'une mortalité de 4,95 pour 100 sur une statistique de 547 cas relevés par l'auteur. Sur cet ensemble de cas, signalons la statistique de Kirschner qui est de 44 cas sans aucune mortalité, et de même celle de Ramstedt mais qui ne porte que sur 17 cas.

Ce traitement chirurgical, c'est la pylorotomie extra-muqueuse et ce n'est que pour mémoire que Seidel rappelle les autres interventions jadis tentées telles que : la dilatation transgastrique du pylore, la gastro-entérostomie, la pyloroplastie.

La pylorotomie extra-muqueuse est une opération extrêmement simple, à la portée de tous les chirurgiens ; il est nécessaire de la mener rapidement pour éviter les déperditions de chaleur si graves chez le nourrisson ; il n'a jamais recours à l'anesthésie générale, mais pratique simplement avant l'intervention une injection sous-cutanée de 0,04 à 1 gr. de luminal une heure auparavant. Il préconise l'incision pararectale droite et insiste sur l'utilité d'une bonne hémostase.

Sa bibliographie est strictement germanique et l'auteur paraît méconnaître totalement les travaux français, ceux de Fredet que nous jugeons utile de signaler à sa place.

J. Sénèque.

Küttner. ***L'arthrite suppurée du genou d'origine hématogène, staphylococcique, chez l'adulte*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLI, n° 4, Février 1931). — K. rapporte les deux observations suivantes :

1° Femme de 38 ans qui a présenté en 1927 une pleurésie à streptocoques suivie d'une angine sévère. Dix jours après la guérison de ces lésions la malade est prise subitement de douleurs très violentes avec gonflement du genou gauche ; la température oscille entre 38° et 39° ; la ponction permet de retirer un exsudat purulent dans lequel l'examen bactériologique décèlera la présence de staphylocoque doré, hémolytique. A 4 reprises on répète ces ponctions suivies d'injections de rivanol dans l'articulation. La guérison ne survient cependant pas, les douleurs et la fièvre persistent et la radiographie montre alors l'existence de lésions osseuses très marquées sur le pourtour des surfaces articulaires. Il est nécessaire de recourir à la résection pour amener la guérison.

2° Femme de 44 ans qui après une cholécystite avec ictère présente brusquement des douleurs dans le genou gauche. Un chirurgien pratique une ponction de l'articulation et ramène du pus. Aucune amélioration ne survient et Küttner voit la malade 8 jours après ; il renouvelle la ponction et l'examen bactériologique montre ici encore la présence de staphylocoque doré hémolytique ; la sédation de la fièvre et des douleurs n'apparaissant pas on pratique alors, un mois après le début des accidents, une double arthrotomie de drainage avec lavages de l'articulation à l'aide de rivanol. Une radiographie montre qu'il existe tout comme dans le cas précédent d'importantes lésions osseuses et devant la persistance des douleurs il faut procéder à la résection du genou.

Ces deux observations sont donc absolument superposables ; l'auteur établit une différence entre les deux, considérant que la première a peut-être été traitée trop longtemps par les ponctions alors que pour la deuxième on a eu recours à la double arthrotomie quand les ponctions ont échoué ; en regardant de près on voit cependant que cette arthrotomie n'a été pratiquée qu'au bout d'un mois et ce délai est suffisant pour permettre aux lésions osseuses d'apparaître.

Il considère ces cas comme tout à fait exceptionnels chez l'adulte et insiste sur la gravité de leur évolution quant aux lésions osseuses. Les recherches bactériologiques effectuées permettent d'éliminer de façon certaine la possibilité de tuberculose aiguë ou d'arthrite blennorragique.

J. Sénèque.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Brinkmann. ***Traitement de la tuberculose pulmonaire par le vaccin de Schrœder*** (*Zeitschrift für Teberkulose*, tome LVIII, n° 3, 1931). — B. considérant que, ainsi que l'ont prouvé des événements récents, la querelle entre partisans de la vaccination à l'aide de bacilles vivants et partisans de l'immunisation à l'aide de bacilles morts ne peut être encore tranchée, considère cependant cette dernière méthode comme plus prudente, jusqu'à nouvel ordre. Il utilise à titre curatif un vaccin obtenu à l'aide de bacilles tués auxquels est adjoint un extrait de thymus, vaccin injecté dans le derme, à doses croissantes.

Sur 150 malades ainsi traités sans aucun accident d'aucune sorte, il a retenu 14 cas dont il donne les observations succinctes, et chez lesquels il lui semble que les effets du vaccin ont été particulière-

ment favorables ; l'amélioration a porté aussi bien sur les signes généraux que sur les signes locaux, ainsi qu'en font foi quelques radios.

G. Basch.

Stein. *Régime de Gerson et tuberculose pulmonaire* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LVIII, n° 6, 1931). — S. a obtenu des résultats remarquables dans quelques cas grâce à la méthode de Gerson; il semble que le mode d'action de la cure soit une modification du métabolisme des minéraux, changeant du tout au tout l'équilibre cellulaire. Il ressort des résultats de la méthode que l'abus de NaCl entraîne pour l'organisme humain une série de conséquences fâcheuses, abolissant son aptitude à réagir aux différentes médications : ainsi voit-on les sujets qui ne font pas usage de sel (les Indiens, les enfants) réagir très vivement aux différents médicaments. On peut donc concevoir que la suppression de NaCl et l'adjonction au régime de produits minéraux variés restituent à l'organisme ses possibilités réactionnelles ; de plus, les crudités, les aliments riches en vitamines activent ses capacités de défense.

S. a substitué au minéralogène de Gerson un mélange un peu différent qu'il appelle Naturagen, et il préconise les aliments suivants : gâteaux à la semoule et au tapioca, un à deux œufs par jour, beurre et graisses en abondance, crème et fruits. Il a traité environ 40 cas de tuberculose pulmonaire de moyenne gravité, quelques fistules. Sans fournir de statistique, il relate quelques résultats favorables.

G. Basch.

C. Katzmann. *Sur la guérison spontanée des cavernes pulmonaires* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LVIII, n° 6, 1930. — K. commente 14 observations comportant 19 cavernes pulmonaires, parmi lesquelles 13 ont complètement disparu, et 6 ont diminué de volume. Chez des sujets de 20 à 35 ans, sur 15 cavernes, 13 se sont comblées, et 2 se sont réduites ; chez des malades de plus de 40 ans, les 4 cavernes observées ont diminué, mais aucune n'a disparu. Sur les 10 cavernes dont le volume variait entre 5 et 10 cmc, 3 ont disparu, 3 se sont réduites; enfin les 2 qui excédaient 15 cmc se sont seulement amoindries. Sur 16 cavernes s'accompagnant de manifestations exsudatives périfocales, 12 ont totalement disparu, et 4 ont notablement diminué ; 2 cavernes sans manifestations péri-focales ont simplement un peu diminué. Il semble que, si la localisation de la spélonque ne paraît nullement influencer la rapidité de la guérison, la coïncidence d'un processus périfocal joue au contraire un rôle favorable. Les cavernes précoces guérissent mieux que les autres, ces résultats ayant été obtenus au cours d'un séjour de 3 mois et demi dans un sanatorium, et d'une post-cure de plus longue durée dans des conditions analogues à celles de la maison de santé. Le critérium de guérison est la disparition radiologique de toute perte de substance, la seule absence de bacilles de Koch et de fibres élastiques dans les crachats ne constituant pas une garantie suffisante.

On peut donc espérer une guérison spontanée, même chez les porteurs de cavernes bilatérales.

G. Basch.

Résultats d'une enquête sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la Sanocrysine dans différents sanatoriums (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LVIII, n° 6, 1930). — De l'enquête poursuivie par différents médecins directeurs des sanatoriums de Holsterhausen, Rheinland, Rossbach et Waldbreitbach, enquête résumée en quelques tableaux synoptiques, il résulte les conclusions suivantes :

Sur 23 malades ayant été traités par des injections de sanocrysine, on doit en retenir 17, la cure ayant été interrompue dans 6 cas. Sur ces 17 malades, 5 étaient au stade II (tuberculose productive-fibreuse). Les résultats du traitement se décomposent ainsi : il n'y eut pas de succès complet du traitement ; 15 malades furent améliorés, avec récupération d'un tiers de la capacité fonctionnelle. Il y eut deux échecs complets.

Le critérium du succès de la cure se base sur les modifications objectives de percussion et d'auscultation, sur la vitesse de sédimentation des globules rouges, sur la température et le poids. 12 malades présentèrent un léger mouvement fébrile le jour de la piqûre, mais on n'observa pas d'hypo- ou d'hyperthermie durables ; tous les malades traités augmentèrent de poids, et il y eut généralement une exagération des phénomènes de catarrhe. La tuberculose laryngée et les lésions osseuses ne furent pas améliorées ; il n'y eut pas non plus de diminution nette des bacilles dans les crachats : en somme, les divers auteurs ont observé une amélioration de l'état général, sans modification essentielle de l'infection tuberculeuse, ni des phénomènes locaux.

G. Basch.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

S. Schwartzmann. *Le traitement des maladies vasculaires par un extrait de muscle* (*The British Medical Journal*, n° 3663, 21 Mars 1931). — S. a appliqué à des maladies vasculaires le traitement par un extrait de muscle qui avait été préconisé dans les angines de poitrine par un homonyme, le professeur J. S. Schwartzmann (d'Odessa). Dans cet article, il montre les résultats de ce traitement dans trois cas typiques qui sont, en quelque sorte, le résumé et l'illustration des succès obtenus dans quarante-deux autres cas que l'auteur publiera *in extenso* plus tard.

La première observation concerne un homme de 42 ans, fumeur, amputé d'abord de la cuisse droite pour gangrène, qui subit une sympathicectomie de la fémorale et de la tibiale antérieure pour un commencement de sphacèle du gros orteil gauche. Malgré cette intervention, le sphacèle augmenta : les orteils, le pied, la jambe gauches devinrent violacés et œdémateux ; le gros orteil était noir jusqu'à sa base ; les oscillations de la pédieuse et de la tibiale postérieure n'étaient plus perçues ; de plus, le moignon de la cuisse droite était ulcéré sur une large étendue. On pratiqua alors, quotidiennement, des injections d'extrait de muscle pendant trois mois. Les douleurs disparurent, la circulation se rétablit dans la jambe et le pied gauches et au lieu d'une amputation haute de la cuisse il n'y eut qu'une amputation spontanée d'une partie du gros orteil.

La deuxième observation est celle d'un homme qui, atteint de maladie de Raynaud, vit les extrémités de huit doigts et des orteils, à l'exception d'un, se sphacéler et se détacher. Les douleurs étaient insupportables ; au niveau des moignons d'amputations spontanées apparaissaient des ulcérations. Au bout de 4 injections d'extrait de muscle, les douleurs cessèrent et après deux mois de traitement les pieds et les mains reprirent une coloration normale.

Dans deux cas de thromboangéite oblitérante avec sphacèle avancé, le traitement par l'extrait de muscle arrêta les douleurs et s'opposa au développement de la gangrène. Dans 19 cas où il y avait simplement claudication intermittente (cinq cas par thromboangéite et quatorze cas par thrombose consécutive à l'artério-sclérose), ce traitement eut des résultats certains. Les meilleurs et les plus rapides furent observés dans la thromboangéite-oblitérante.

La troisième observation est celle d'une diabétique de 66 ans qui présentait une gangrène en évolution affectant surtout le pied gauche. A la huitième injection d'extrait de muscle, les extrémités reprirent une teinte normale et tout signe de gangrène disparut en trois semaines.

L'auteur traita également 19 malades atteints d'angine de poitrine. Neuf d'entre eux virent disparaître leurs douleurs et les sensations de constriction. Dans 4 cas, il persistait encore des douleurs pendant la marche après les repas ; dans 3 cas le traitement ne fut pas assez longtemps poursuivi ; dans trois autres cas, il n'y eut qu'une amélioration passagère.

Pour l'auteur, il est hors de doute que l'extrait de muscle contienne un principe hypotenseur. D'autre part cet extrait de muscle agit sur le spasme vasculaire qui est un facteur additionnel important dans toutes les affections vasculaires. La nature chimique de cet extrait est encore inconnue. Il contient certainement une petite quantité d'histamine, mais il ne peut être identifié avec la choline. A côté de son action vaso-dilatatrice générale, il semble bien que cet extrait de muscle, qui est spécialisé sous le nom de Myol III et sous celui de myoston, ait une action vaso-dilatatrice locale, d'où son succès dans les maladies vasculaires périphériques.

André Plichet.

ZEITSCHRIFT für KREISLAUFFORSCHUNG
(Dresde)

D.-D. Pletnew (Moscou). ***Résultats durables obtenus à la suite de l'injection paravertébrale d'alcool dans l'angine de poitrine*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, tome XXIII, n° 6, 15 Mars 1931). — Du point de vue pathogénique, P. distingue une forme cardiaque et une forme extracardiaque de l'angine de poitrine. Dans cette dernière, il se déroule parfois au niveau des ganglions paravertébraux, et surtout du ganglion étoilé, des processus encore obscurs se traduisant par des contractures tétaniformes du myocarde ou par des spasmes des coronaires, sans que les ganglions présentent toujours des lésions anatomiques décelables.

Divers auteurs, dans le but de supprimer fonctionnellement ou même anatomiquement les ganglions incriminés, ont déjà employé l'injection de novocaïne ou d'alcool dans les ganglions paravertébraux, qui se montre bien moins dangereuse que l'intervention chirurgicale. Mais ces auteurs s'étaient contentés d'une seule injection.

Depuis 1927, P. a pratiqué chez 22 sujets atteints d'angine de poitrine rebelle aux thérapeutiques usuelles des injections systématiques et répétées de novocaïne (5 cmc à 1 pour 100), suivies quelques minutes après de l'injection de 5 cmc d'alcool à 80°, au niveau des 1er, 2e et 3e ganglions thoraciques gauches, et au besoin au niveau des ganglions allant du 7e cervical au 4e thoracique gauche. Dans certains cas les ganglions du côté droit furent traités de la même façon. Les intervalles entre les injections successives furent en moyenne d'une semaine. P. a injecté ainsi jusqu'à 6 fois de suite la même région.

Certains de ses malades, qui étaient persécutés par leurs douleurs et de véritables invalides, furent quasi guéris, d'autres très améliorés. Chez certains il a fallu recourir à la chirurgie. Jamais il n'y eut d'accident à déplorer, mais un malade fit un accès angineux pendant l'injection même, ce que P. attribue à l'atteinte du ganglion lui-même par l'aiguille.

P.-L. Marie.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

Bockers, Shay, Willard et Pessel. *Comparaison entre le drainage biliaire et la cholécystographie dans le diagnostic de la lithiase biliaire: avec référence spéciale à la microscopie de la*

bile (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 5, 31 Janvier 1931). — Deux méthodes nouvelles ont ces dernières années facilité beaucoup le diagnostic de la lithiase: la cholécystographie après ingestion de solutions opaques, et le prélèvement de bile par tubage duodénal, suivi d'examen microscopique de la bile. Cette dernière méthode, que deux des auteurs ont surtout préconisée, semble particulièrement précieuse; l'examen microscopique de la bile révèle deux éléments caractéristiques: des cristaux de cholestérine et des particules de bilirubine calcique.

Les auteurs ont fait une étude comparative de la valeur diagnostique des deux méthodes, basée sur 148 cas de lithiase vérifiée par l'intervention ou l'autopsie: le diagnostic microscopique avait été positif dans 83 pour 100 des cas, alors que la cholécystographie ne l'avait été que dans 30 pour 100. La constatation de cholestérine et de bilirubinate de chaux coïncidant chez le même malade est absolument pathognomonique de la lithiase.

Dans les calculs du cholédoque, surtout lorsqu'ils s'accompagnent d'ictère, la cholécystographie est contre-indiquée, à cause de la toxicité de la solution opaque employée. Au contraire, le drainage biliaire est facile et donne des renseignements exacts dans 80 pour 100 des cas.

Dans certains accidents aigus où le tubage duodénal est difficile, le diagnostic peut quelquefois être fait par la recherche des éléments caractéristiques dans les selles et les vomissements bilieux.

R. Rivoire.

E. Mellanby. *Maladies produites ou empêchées par certains produits alimentaires* (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 5, 31 Janvier 1931). — Dans ce très intéressant article, Mellanby, dont le nom fait autorité dans la question des vitamines, expose les plus récents résultats acquis dans cet ordre d'idées.

Il résume en premier lieu les études de Mrs Mellanby sur les rapports entre la calcification et la carie dentaire d'une part, les vitamines d'autre part. En soumettant de jeunes écoliers à un régime riche en vitamines D, cet auteur a réussi à empêcher le développement de la carie dentaire et à faire rétrocéder les caries anciennes. Bien plus, Boyd et Drain ont tout récemment démontré que l'ingestion de céréales empêchait l'action anti-infectieuse de la vitamine A, et qu'au contraire la suppression des céréales dans le régime des écoliers, combinée avec l'administration de vitamine D, aboutirait très rapidement à la guérison de toutes les caries. Il y a là un fait d'importance capitale, dont on entrevoit la répercussion.

Très intéressants également sont les travaux de l'auteur, qui a montré qu'un régime à base de céréales, sans vitamine A, déterminait chez le chien l'apparition de dégénérescence combinée subaiguë de la moelle, et que l'administration simultanée de vitamine A ou de carotène empêchait cette dégénérescence. Cela est fort intéressant car cette variété de dégénérescence s'observe chez l'homme dans plusieurs maladies dites par carence, qui sont très probablement liées surtout à l'ingestion de céréales. En particulier, cette dégénérescence s'observe dans l'ergotisme, le lathyrisme, la pellagre: il semble que le régime avitaminé soit un facteur très important du développement de ces affections, et que l'absence de vitamine A soit particulièrement responsable de la dégénérescence médullaire, qui n'est pas un phénomène constant dans ces maladies.

Très intéressante aussi est la question de la dégénérescence médullaire subaiguë qu'on observe dans l'anémie pernicieuse: c'est là encore un argument en faveur de la conception qui fait de cette affecton une maladie par carence. Mais il semble bien que la dégénérescence médullaire, qui est loin d'être constante dans l'anémie pernicieuse, est probablement due à une autre carence que celle qui détermine l'hypoglobulie: en tout cas, il est probable que le traitement rationnel de cette dégénérescence n'est pas l'extrait hydrosoluble de foie, qui ne peut contenir la vitamine A lipo-soluble. Aussi faut-il, dans ce cas, prescrire du foie entier, ou adjoindre à l'extrait hépatique une préparation riche en vitamine A.

Enfin, l'auteur expose à nouveau sa conception déjà connue du rôle anti-infectieux de la vitamine A, et les résultats obtenus par lui dans le traitement de l'infection puerpérale: mais aucun fait nouveau n'est signalé.

R. Rivoire.

S. Fogelson. *Le traitement des ulcères peptiques par la mucine gastrique: communication préliminaire* (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 9, 28 Février 1931). — L'idée d'administrer la mucine pour soigner les ulcères de l'estomac n'est pas nouvelle : en effet on sait que la mucine a un grand pouvoir neutralisant sur l'acide libre, et en outre qu'elle protège la muqueuse gastrique contre l'action protéolytique du suc gastrique. La difficulté est de se procurer de la mucine en quantité importante et suffisamment pure pour être absorbée. L'auteur y est parvenu en traitant par l'acide chlorhydrique du tissu gastrique, puis en précipitant la mucine par l'alcool. Cette mucine, une fois isolée, s'est montrée capable de neutraliser des quantités importantes d'acide chlorhydrique libre. Injectée dans l'estomac d'un chien par une bouche de Pavlov, elle diminue considérablement le *pH* du liquide gastrique après injection d'histamine. Mélangée à de la viande, elle neutralise également l'acidité libre du contenu gastrique. Encouragé par ces résultats expérimentaux, l'auteur a essayé sa mucine dans 12 cas d'ulcères gastrique ou duodénal, qui souffraient de façon à peu près continue depuis plusieurs années, et qui présentaient des signes radiologiques indiscutables. Alors que l'administration d'alcalins n'amenait pas de sédation des douleurs, le mélange de mucine à dose de 5 à 10 gr. aux aliments a amené dans tous les cas une disparition totale des douleurs qui à l'heure actuelle persiste depuis plusieurs mois. Mais la courte durée de l'expérimentation ne permet pas encore de savoir si l'on peut parler de véritable guérison des ulcères. Quoi qu'il en soit, il semble que la mucine soit pour le moins un remarquable remède symptomatique de l'ulcus.

R. Rivoire.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

J. M. Mora et E. I. Greene. *La thyroïdectomie pour hyperthyroïdie chez les gens âgés* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXI, n° 1, Janvier 1931). — Si le goitre à symptômes toxiques prononcés (type Basedow) est essentiellement une affection des adultes jeunes et d'âge moyen, le type adénome toxique secondaire se rencontre le plus fréquemment autour de la quarantaine. Après la ménopause, il s'accompagne souvent de symptômes cardiaques accentués.

M. et G. ont eu l'occasion de faire 200 thyroïdectomies pour intoxication thyroïdienne chez des sujets âgés de 50 à 76 ans, ce qui sur les 1.060 thyroïdectomies qu'ils ont pratiquées représente une proportion de 19 pour 100. Le rapport des femmes aux hommes est de 2,5 pour 1. Dans 66 pour 100 de ces cas il s'agissait d'hyperplasie primitive de la thyroïde (hyperthyroïdie primitive); dans les autres cas, de goitres nodulaires (hyperthyroïdie secondaire). Le goitre remontait en moyenne à 11 ans et les symptômes toxiques à 2 ans, l'intervalle moyen entre l'apparition du goitre et celle de ces symptômes étant de 14 ans.

Chez ces malades les troubles prédominants étaient la perte du poids, la tachycardie, la nervosité, le tremblement, les palpitations et l'exophtalmie, dans l'ordre indiqué.

On notait avant l'intervention 30 cas de fibrillation auriculaire; chez 27 malades le rythme cardiaque redevint normal. Il y avait 61 sujets présentant de l'exophtalmie; elle disparut chez tous, à l'exception de 5. Alors que le taux moyen du métabolisme basal dépassait la normale de 41 pour 100 avant l'opération, on constata à la suite de cette dernière un taux moyen inférieur de 1,1 à la normale.

Tous les cas, aussi bien les hyperplasies thyroïdiennes primitives que les goitres adénomateux, réagirent de façon nette à la thérapeutique iodée pré-opératoire.

Sur 175 malades qui purent être étudiés de près, plus ou moins longtemps à la suite de l'opération, 171 (99 pour 100) présentaient un métabolisme basal normal, ce qui permet de dire qu'ils étaient complètement guéris de leur hyperthyroïdie.

Parmi ces 200 patients il y eut 6 morts dues à l'opération alors que la mortalité totale dans la série des 1.060 thyroïdectomies n'est que de 7 (0,66 pour 100).

P.-L. Marie.

W. M. Boothby, S. F. Haines et J. de Pemberton. *Insuffisance parathyroïdienne post-opératoire* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXI, n° 1, Janvier 1931). — L'insuffisance parathyroïdienne à la suite de la thyroïdectomie est une éventualité fort rare. Sur 13.300 thyroïdectomies faites de 1924 à 1930 à la Clinique Mayo on n'a relevé que 88 cas d'insuffisance parathyroïdiene, dont 44 se montrèrent durables, mais dont 6 seulement pouvaient être considérés comme une insuffisance grave ou complète. Il s'agissait dans 21 de ces cas de goitre récidivant.

Cliniquement, au stade aigu, l'insuffisance parathyroïdienne post-opératoire se traduit par les symptômes bien connus de la tétanie (signes de Chvostek, de Trousseau, spasmes des muscles oculaires, spasme de la glotte, frilosité, engourdissements et fourmillements dans les doigts, le tout marchant de pair avec l'hypocalcémie). Au stade chronique, la tendance aux contractures musculaires peut s'atténuer, mais la fatigabilité et la faiblesse musculaire augmentent. Le myocarde peut être atteint. La nervosité s'accroît. Des troubles trophiques se montrent: cataracte, effritement des dents, perte des cheveux, etc., tandis que la calcémie tombe souvent à 7 et à 5 milligr. pour 100.

Dans la forme aiguë, les spasmes tétaniformes, y compris le laryngo-spasme, peuvent être combattus avec succès par l'administration d'une pleine cuillerée à café de lactate de calcium pulvérisé dissous dans de l'eau toutes les deux heures. Dans les cas graves, quand il y a de la dysphagie, on donne de plus 5 à 6 cuillerées à café de lactate de calcium sous forme de lavement. Il est rarement nécessaire de faire du chlorure de calcium par voie veineuse. De même, on pourra se passer presque toujours de la parathormone dans la période qui suit immédiatement l'opération.

Dans les cas modérés d'insuffisance parathyroïdienne chronique post-opératoire, on peut se rendre maître des troubles en donnant régulièrement 4 ou 5 fois par jour une cuillerée à café de lactate de calcium dans de l'eau et en ajoutant 2 ou 3 cuillerées à café d'huile de foie de morue quotidiennement. On peut remplacer cette dernière par de l'ergostérine irradiée, bien que sa posologie ne soit pas encore bien fixée en pareil cas.

Dans les cas plus graves, il faut avoir recours, en outre, à la parathormone. Comme dans toutes

les insuffisances, la médication doit être continue et régulière. Si l'insuffisance est complète, elle doit vraisemblablement être poursuivie indéfiniment. On sait qu'une dose élevée, mais unique, de thyroxine ne cause pas de troubles sérieux, mais que, si l'on continue à la donner, elle peut produire une hyperthyroïdie sévère, et même fatale, si la dose est suffisamment forte. De même, l'usage de la parathormone à grosses doses, dépourvu d'inconvénients notables lorsqu'il s'agit d'un traitement passager, devient nuisible quand il est longtemps prolongé, surtout du fait de l'élimination excessive du calcium de l'organisme. Comme le montre l'observation détaillée et suivie pendant plus de quatre ans que relatent les auteurs, si la parathormone doit être donnée de façon continue, il ne faut injecter que des petites doses, 5 unités par jour ou 10 unités tous les deux jours. S'il est nécessaire de faire 20 unités par jour, on ne le fera que pendant de courtes périodes. L'usage prolongé de plus fortes doses est probablement dangereux.

Avec le traitement par le lactate de calcium, l'huile de foie de morue ou l'ergostérine irradiée, tel qu'il a été précisé, les auteurs ont pu maintenir dans un état de santé relativement satisfaisant même des sujets atteints d'insuffisance parathyroïdienne post-opératoire grave ou même complète en apparence. Si l'insuffisance est moins sévère, les patients peuvent être maintenus en bon état sans parathormone quand on leur donne des doses convenables de lactate de calcium, d'huile de foie de morue ou d'ergostérine irradiée.

P.-L. Marie.

J. S. Lawrence. ***Hématies elliptiques chez l'homme*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXI, n° 2, Février 1931). — Il s'agit là d'une anomalie morphologique déjà signalée par Dresbach et divers auteurs. Elle est caractérisée par la présence dans le sang périphérique, qui est par ailleurs normal, de globules rouges de forme elliptique ou ovalaire.

L. a trouvé cette anomalie chez 3 sujets qui étaient atteints d'affections ne présentant pas de rapports avec la particularité hématologique en question. Toutefois il existait chez tous une certaine anémie avec une diminution marquée de l'hémoglobine, mais chez l'une des malades un examen hématologique fait quelque temps avant son entrée à l'hôpital avait donné des chiffres normaux.

Il se peut cependant que cette variété de poikilocytose crée une certaine prédisposition à l'anémie. A cet égard, il serait instructif de suivre ces sujets pendant assez longtemps.

Jusqu'ici il n'a pas été établi de relations entre cette particularité hématologique et l'anémie à hématies falciformes qui présente certaines ressemblances morphologiques avec elle.

Cette anomalie est héréditaire. L. l'a retrouvée chez la fille d'un de ses malades dont le sang était autrement normal, exception faite d'une légère diminution de l'hémoglobine (80 pour 100).

P.-L. Marie.

M. B. Bradhy et **I. H. Scheffer.** ***Pancréatite ourlienne*** (*The American Journal of medical Sciences*, tome CLXXXI, n° 2, Février 1931). — Sur 252 cas d'oreillons B. et S. ont observé 13 pancréatites. Sauf 3, tous les patients avaient plus de 10 ans. La complication se manifesta du cinquième au onzième jour des oreillons, en général le septième. Début subit par des nausées, de l'anorexie et de la fièvre, la température s'élevant en un jour ou deux à 39°5 ou à 40° dans les cas de gravité moyenne et revenant à la normale en 3 à 5 jours. Le pouls se montre relativement lent par rapport à la température. Les patients se plaignent de malaise général, de nausées, de céphalalgie et de douleurs abdominales, à siège habituellement épigastrique. Les vomissements sont de règle. Il existait de la constipation chez la plupart des malades, chez aucun on ne nota la diarrhée que divers cliniciens ont observée. On ne constata pas de glycosurie ni de stéatorrhée. Tous les malades guérirent.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec l'ovarite et avec la méningite ourliennes.

B. et S. rappellent les constatations histologiques faites dans deux cas mortels de pancréatite ourlienne étudiés par Lemoine et par Sabrazès, et ils montrent leur analogie avec les lésions de la parotidite ourlienne expérimentale chez les singes de Wollstein.

P.-L. Marie.

T. Fitz-Hugh. ***Splénomégalie et hépatomégalie au cours de la télangiectasie hémorragique héréditaire*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXI, n° 2, Février 1931). — F. relate 4 cas typiques de télangiectasie hémorragique héréditaire observés chez des sujets n'ayant pas de liens de parenté et dans lesquels existaient une splénomégalie accompagnée d'hépatomégalie ainsi qu'une intolérance croissante à l'égard des transfusions sanguines, qui chez tous ces malades furent suivies d'ictère et qui chez deux d'entre eux aboutirent rapidement à la mort. Cette intolérance semble être liée aux modifications splénohépatiques.

Fait curieux, tous ces patients appartenaient au même groupe sanguin, le groupe IV.

Chez tous ces malades la splénomégalie fut découverte tardivement, passé 40 ans, alors que les hémorragies, des épistaxis en général, remontaient à de longues années.

La rate chez le malade qui put être autopsié pesait 660 gr.

A noter que chez un des malades on avait pu constater pendant la vie des télangiectasies au niveau de la muqueuse bronchique et de la muqueuse rectale.

La splénomégalie n'a été jusqu'ici que rarement notée dans cette affection. Elle semble être l'apanage des cas graves.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Driver et Weller. ***Les accidents d'origine aurique; rapport d'un cas mortel*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XXIII, n° 1, Janvier 1931). — Les auteurs passent en revue les divers composés auriques employés en thérapeutique et les accidents immédiats et tardifs signalés dans la littérature.

Ils ont observé un cas de mort chez une femme de 41 ans, atteinte de lupus érythémateux de la face; la malade reçoit une première dose de 25 milligrammes de thiosulfate d'or et de sodium; cette dose étant bien supportée, on fait une deuxième injection de 50 milligr. 4 jours plus tard. 2 jours après apparut un érythème prurigineux généralisé accompagné de douleurs musculaires, de fièvre et de mauvais état général. Le lendemain apparut de l'albumine dans l'urine: de graves hémorragies vaginales et des épistaxis nécessitèrent une transfusion du sang, puis la malade présenta de l'ictère, une distension abdominale, une somnolence complète et des troubles mentaux. La malade succomba 16 jours après la deuxième injection. Les symptômes observés permettent de faire le diagnostic d'atrophie jaune aiguë du foie par intoxication aurique.

La médication aurique qui donne de bons résultats dans le traitement des tuberculides cutanées, en particulier du lupus érythémateux, doit donc être employée avec prudence; il faut commencer par de faibles doses et augmenter lentement et progressivement.

Dans la discussion qui suivit cette communication à l'*Association dermatologique américaine*, Ormsby rapporta un autre cas de mort chez une femme âgée de 36 ans, qui reçut, le 12 Mars, une injection de 25 milligr. de thiosulfate d'or et de sodium; cette dose fut répétée le 16 Mars; le 23 apparut une éruption scarlatiniforme avec fièvre. La mort survint le 5 Avril, précédée d'hématuries et d'hémorragies sous-cutanées apparues au siège des injections.

R. Burnier.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Cl. A. Patten. ***L'état cérébral du nouveau-né, avec étude spéciale de la diplégie cérébrale*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXV, n° 3, Mars 1931). — La question de la part jouée par les traumatismes de l'accouchement dans la genèse de la diplégie cérébrale ne peut être élucidée que par des études anatomiques complètes de tout le système nerveux, en s'inspirant spécialement du rôle de la myélogénèse. Et cette question, malgré les travaux nombreux souvent fragmentaires parus sur ce point, est encore fort obscure.

Les hémorragies et les troubles vasculaires sont la principale cause de la diplégie cérébrale et des arrêts de développement somato-psychiques en général de l'enfant; les processus encéphalitiques quelle qu'en soit la cause viennent ensuite, et la porencéphalie en dernier lieu. On a pu penser qu'une affection intra-utérine déterminant un arrêt du développement des vaisseaux expliquait leur friabilité et leur rupture au moindre traumatisme lors de l'accouchement. On a invoqué également la dégénérescence graisseuse des parois vasculaires.

L'examen anatomique montre le plus souvent une rupture des vaisseaux de la méninge molle. Les hémorragies intra-cérébrales sont rares. La déchirure de la tente du cervelet et plus rarement de la faux du cerveau n'est pas exceptionnelle. Parmi les artères et les veines du cerveau, celles de la zone centrale sont le plus fréquemment touchées.

Il ne faut pas méconnaître le rôle des encéphalites localisées attribuées à une nécrose anémique, à une infection prénatale. Elles sont la conséquence d'infections aiguës chez la mère, ou d'affections chroniques dont la syphilis est la plus importante.

L'atrophie corticale et le type du cerveau « en noix ou en amande », l'atrophie de circonvolutions isolées peuvent résulter de causes multiples, mais dépendent le plus souvent de lésions vasculaires. On a donné le nom de « dégénération neuronique » à certains arrêts sans cause connue. Les examens anatomiques de diplégies cérébrales dans ce dernier cas sont trop peu nombreux pour savoir s'il existe un réel lien de causalité entre les deux.

La porencéphalie, bien qu'elle puisse réaliser la diplégie cérébrale infantile, n'en est vraisemblablement qu'une cause occasionnelle.

On a également signalé des kystes, séquelle d'hémorragie ou d'encéphalite. La microcéphalie ainsi que l'hydrocéphalie s'observent parfois dans la diplégie; mais par contre nombre de diplégiques ne sont ni microcéphales ni hydrocéphales.

En résumé, la diplégie cérébrale avec déficit intellectuel n'est pas le plus souvent la simple conséquence d'un traumatisme ou de lésions vasculaires. Il existe en plus un arrêt ou un développement défectueux lié à l'existence de lésions cellulaires de l'écorce cérébrale, ou à la myélinisation naturelle des faisceaux corticospinaux et des faisceaux d'association.

H. Schaeffer.

REVUE DES JOURNAUX

L'ENCEPHALE
(Paris)

G. Marinesco, St. Dragonesco et **D. Vasiliu.** ***Nouvelle maladie familiale caractérisée par une cataracte congénitale et un arrêt du développement neuro-somato-psychique*** (*L'Encéphale*, tome XXVI, nº 2, Février 1931). — Les auteurs ont décrit cette curieuse maladie chez 4 enfants d'une famille de 10 enfants dont les parents semblaient exempts de toute tare. C'était vers la deuxième année que l'évolution morbide débutait par une cataracte, puis survenait une immobilité stéréotypée, rappelant la catatonie (l'enfant pouvait garder plusieurs minutes la même position). Le corps est incliné en avant, le bassin reste légèrement en arrière, les coudes fléchis et en abduction, les mains et les doigts en semi-flexion. L'enfant élargit sa base de sustentation car sa stabilité est fort précaire : une légère poussée suffit à le faire tomber. A ces troubles se joignent des déficits intellectuels variant de la débilité mentale à l'idiotie presque complète.

Dans un cas l'auteur a pu faire partiquer une biopsie de la 2e frontale. Les lésions rappelaient d'assez près celles que Marinesco a décrites dans le myxœdème.

Que représente cette maladie ? Une maladie primitivement cérébrale, endocrinienne ou simultanément l'une et l'autre ? C'est ce qu'il est encore difficile de savoir bien que la cataracte oriente vers l'endocrinien d'après les idées actuelles. Insuffisance thyroïdienne, parathyroïdienne ou insuffisance complexe ? Autant de problèmes que l'avenir seul pourra résoudre. L'opothérapie s'est montrée un peu sourde chez ces 4 malades.

M. Nathan.

LA NUTRITION
(Paris)

E. Aubertin. ***Le rôle du foie dans la pathogénie du diabète ; les diabètes hépatiques*** (*Nutrition*, tome I, nº 1, 1931). — En se basant sur les recherches expérimentales, puis sur les observations anatomo-cliniques, A. cherche à dégager le rôle que l'on peut attribuer au foie dans la pathogénie du diabète.

Le diabète ne saurait s'expliquer dans la majorité des cas par une production excessive du sucre hépatique, mais ce mécanisme peut intervenir parfois. Les glycosuries traumatiques, le diabète provoqué par la strychnine seraient dus à une excitation réflexe de la glycogénolyse hépatique.

Il apparaît difficile d'admettre à la suite des recherches expérimentales récentes qu'il existe primitivement dans le diabète lié à un déficit de l'action insulinienne un trouble fondamental de la glycogénie en général et de la glycogénie hépatique en particulier.

On a émis l'hypothèse que le diabète est dû à la neutralisation de l'action de l'insuline par une hormone antagoniste émanant du foie. Malheureusement, les expériences de Loewi n'ont pu être reproduites. On peut se demander aussi s'il n'existe pas une substance d'origine hépatique susceptible de neutraliser l'insuline elle-même. Le foie et les globules du sang, étant les territoires les plus actifs de fixation et de neutralisation de l'insuline, on peut supposer que l'exagération de ces fonctions soit capable de provoquer le diabète. Mais tout ceci n'est encore qu'hypothèse.

Au contraire, au point de vue clinique, il semble qu'il existe un type de diabète léger, lié à un trouble de la glycogénie hépatique. Ce diabète réagit habituellement assez bien à l'opothérapie hépatique, aux alcalins et surtout aux cures de Vichy.

Dans un deuxième groupe de faits, on peut classer les maladies du foie qui s'accompagnent de diabète : les cirrhoses atrophiques, les cirrhoses biliaires, les hépatites toxiques et surtout le diabète bronzé. A l'heure actuelle, il est impossible de dire si, dans ces cas, le diabète est la conséquence, la cause de la cirrhose ou une simple affection d'accompagnement.

Enfin, dans un troisième groupe, il faut ranger les cas beaucoup plus fréquents dans lesquels il n'existe chez les diabétiques aucune manifestation bien certaine de la pathologie hépatique si ce n'est l'hypertrophie du foie de fréquence variable.

En définitive, si la clinique souligne assez fréquemment entre les syndromes hépatiques et les syndromes diabétiques des rapports qui apparaissent plus que de simples coïncidences, les travaux expérimentaux n'ont pu éclaircir le rôle du foie dans la pathogénie du diabète, il reste mystérieux.

Robert Clément.

F. Rathery. ***Le rôle du rein dans les états hyperglycémiques*** (*Nutrition*, tome I, nº 1, 1931). — Pas plus dans le domaine expérimental, au cours de l'hyperglycémie adrénalinique, que dans le diabète sucré, il n'y a parallélisme constant entre l'élévation du taux du sucre du sang et l'élévation du taux du sucre urinaire.

Dans le diabète, l'hyperglycémie ne règle pas la glycosurie. Ce fait présente un intérêt considérable au point de vue théorique et au point de vue pratique. Il conduit à admettre que dans tout diabète il y a un facteur rénal et que le traitement doit viser le rétablissement de la fonction rénale déficiente.

En fait, il existe des diabétiques qui présentent une hyperglycémie nette sans glycosurie, aussi bien cliniquement qu'expérimentalement. Chez les diabétiques, on peut constater l'absence de parallélisme entre le taux de l'hyperglycémie et celui de la glycosurie. Les recherches ont montré l'absence de fixité du seuil rénal, celui-ci est en réalité variable d'un malade à l'autre et chez le même malade.

Le seuil varie dans le même sens que la glycémie. Le régime, l'insuline sont susceptibles de modifier chez un même sujet les rapports du seuil et de la glycémie. Il y a une certaine corrélation entre les variations du seuil et la glycosurie.

Des faits précédents on peut déduire pratiquement que l'étude de la seule glycémie n'a pas chez le diabétique d'importance pronostique. L'étude simultanée de la glycémie et de la glycosurie est intéressante chez un même malade si l'on fait varier les conditions d'observation et de régime. La seule élévation du seuil n'a pas une valeur pronostique absolue. Sa mobilité est plus importante que son élévation. Un seuil élevé et très peu mobile est de pronostic grave ; un seuil élevé mais très mobile correspond à un diabète facilement influençable par la diététique.

Les rapports entre l'élévation du seuil et le degré de la glycosurie ont également une valeur pronostique et thérapeutique.

Au point de vue théorique, on peut se demander quel est le rôle et l'importance de l'élément rénal dans le diabète.

Si l'on admet un rôle prépondérant dans l'allure évolutive et symptomatique du diabète, on aboutit à des conclusions thérapeutiques.

Il semble qu'il existe dans le diabète un élément rénal et que celui-ci peut être prédominant, mais le plus souvent il est tout à fait secondaire. Nous ignorons encore le facteur qui intervient sur le rein.

Robert Clément.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

F. Sprecher. ***Sur l'étiologie du psoriasis vulgaire*** (*La Riforma Medica*, tome XLVI, nº 50, 15 Décembre 1930). — On sait depuis longtemps que le psoriasis comme beaucoup d'autres dermatoses est inoculable chez ceux qui en sont atteints : il n'est pas rare d'en observer des éléments sur les cicatrices, les pustules vaccinales, les vésicules d'herpès, etc... S. rapporte l'observation d'un homme de 23 ans qui se faisait faire depuis 6 ans des séries de tatouages ; au bout d'un an, apparut un psoriasis typique rebelle, à topographie très étendue ; fait curieux que S. a vérifié par lui-même, un élément de psoriasis apparaît à l'emplacement de chaque tatouage, quelques jours après la fin de la cicatrisation, reproduisant fidèlement les traits du dessin.

Discutant les théories pathogéniques du psoriasis, S. montre que la théorie infectieuse est celle qui cadre le mieux avec l'allure clinique générale, les lésions histologiques et le mode de réaction aux médicaments. S. rappelle les cas de contagion familiale, l'inoculation réussie par Destot et divers cas de transmission de l'affection de l'animal à l'homme ou inversement. L'agent pathogène est inconnu, bien que de nombreux germes aient été incriminés. S. ne croit pas à l'influence de la tuberculose ; un des tatoueurs de son malade était bien tuberculeux et mettait les aiguilles dans sa bouche, mais la cutiréaction du malade était négative ; d'ailleurs, chez 62 psoriasiques, S. n'a noté que trois fois une cuti-réaction positive. Les adversaires comme les partisans de la théorie infectieuse du psoriasis ont tiré argument de l'action du traumatisme, mais celle-ci se retrouve dans des dermatoses dont l'origine infectieuse est indiscutable comme les verrues, les tuberculides, les syphilides.

L. Rouquès.

B. Boggian. ***L'action de la pancréatine par voie veineuse et des extraits de foie, de rate et de rein sur la sécrétion gastrique*** (*La Riforma Medica*, tome XLVI, nº 51, 22 Décembre 1930). — Dans un travail antérieur, B. a montré que l'administration par voie buccale de 3 à 4 gr. de pancréatine par jour est suivie d'une diminution importante de l'acidité gastrique parfois telle que le suc devient alcalin au tournesol ; cette action ne paraît due ni à des propriétés neutralisantes directes de la pancréatine, ni à son activité fermentative, car elle s'observe lorsque la pancréatine est administrée par voie parentérale ou sous forme de capsules glutinisées.

Au cours de recherches complémentaires, B. a constaté que chez l'homme, la pancréatine en injections intraveineuses n'agit pas sur l'acidité gastrique, tout au moins aux doses injectables sans inconvénients ; chez le lapin, les doses faibles sont sans action, des doses plus fortes tuent l'animal par choc. Des extraits de foie, de rate et de rein administrés par voie buccale se sont montrés absolument inactifs pour ce qui concerne la sécrétion gastrique.

L. Rouquès.

A. Lorenzi. ***Recherches cliniques sur la chlorophylle*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, nº 3, 19 Janvier 1931). — Guidé par des recherches expérimentales antérieures, L. a étudié l'action de la chlorophylle sur la tension artérielle de l'homme ; il l'a employée en solution aqueuse à 10 pour 100, par voie buccale, à la dose de 0 gr. 80 à 1 gr. 50 par jour ; la chlorophylle ne détermine aucun ac-



cident, même après une administration continue de quatre mois.

Chez les sujets à pression artérielle normale, L. n'a constaté aucune modification de la pression; chez 17 hypertendus dont l'hypertension relevait de causes variées et qui étaient hospitalisés et maintenus dans des conditions de vie et d'alimentation réglées, L. a observé, dans tous les cas sauf un, un abaissement net de la pression artérielle; déjà net au bout de 5 à 8 jours, il s'est accentué peu à peu, atteignant au bout de quelques semaines 30 à 60 mm. pour Mx, 20 à 30 pour Mn; parallèlement, l'état cardiaque s'est amélioré et les troubles subjectifs se sont atténués. Un troisième groupe de malades comprenait des hypertendus qui prirent de la chlorophylle sans modifier leur vie ni leur alimentation : dans 21 cas sur 23, une baisse de pression de 20 à 30 mm. a été obtenue. Après cessation de la cure, la pression ne remonte que lentement vers son chiffre initial, l'atteignant chez certains au bout de 10 jours, en restant encore à distance chez d'autres après plus d'un mois; d'ailleurs, l'innocuité de la chlorophylle permet d'en poursuivre longtemps l'administration.

Les recherches expérimentales montrent que la chlorophylle n'agit pas sur le myocarde à la manière d'un toxique; elle facilite le travail du cœur en stimulant la contraction artérielle et en dilatant les vaisseaux périphériques.

L. Rouquès.

M. Trincas. ***L'anastomose artério-veineuse dans la maladie de Raynaud*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 6, 9 Février 1931. — T. rapporte l'histoire d'un malade de 37 ans atteint de maladie de Raynaud depuis 14 années, soigné sans succès par divers traitements médicaux; en 1927, une gangrène du gros orteil droit fut traitée par la sympathectomie périfémorale; l'amélioration fut immédiate, mais de très courte durée, et les progrès de la gangrène nécessitèrent une amputation de cuisse. En 1930, une gangrène du gros orteil gauche fut traitée par l'anastomose artério-veineuse fémoro-fémorale; l'opération diminua les douleurs et la cyanose, le pied se réchauffa, mais au bout de 25 jours, la maladie reprit sa marche et le malade dut être amputé.

Passant en revue les traitements de l'affection, T. rappelle que les traitements médicaux et en particulier l'opothérapie (pluri ou monoglandulaire, et spécialement hypophysaire) ne donnent de bons résultats que lorsqu'il n'y a pas encore de sphacèle; la physiothérapie sous ses diverses formes est inefficace. Quant aux interventions chirurgicales, qu'il s'agisse de la sympathectomie périartérielle, des gangliectomies préconisées par Adson et Brown (ablation du II° ganglion thoracique pour le membre supérieur, des II°, III°, IV° ganglions lombaires par voie transpéritonéale pour le membre inférieur), elles ne donnent que des résultats passagers et la récidive est presque fatale; la surrénalectomie n'agit guère que sur l'élément douleur. L'amélioration temporaire qui suit parfois l'anastomose artério-veineuse proposée en 1902 par San Martin peut faire croire que l'on a réussi à inverser la circulation; cette inversion paraît impossible à réaliser et T. estime que l'action passagère de l'intervention est due à la stase sanguine au niveau des capillaires et au traumatisme que subissent les filets sympathiques périvasculaires lors de l'anastomose. A son avis, aucun procédé thérapeutique, soit médical, soit chirurgical, n'est capable d'enrayer l'évolution d'une maladie de Raynaud.

L. Rouquès.

M. Gelera. ***Le système nerveux végétatif dans la tuberculose pulmonaire, au cours du traitement par le pneumothorax et dans l'éclampsie pleurale*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 6, 9 Février 1931). — G. a étudié le système nerveux végétatif au cours de la tuberculose pulmonaire, avec les tests pharmacodynamiques (atropine, pilocarpine et adrénaline) et le réflexe oculo-cardiaque. Son étude est divisée en 3 parties.

1° Chez 50 malades atteints de tuberculose pulmonaire de type anatomique varié, il a constaté qu'il y avait une prédominance vagale dans les formes ayant une évolution favorable et tendant vers la fibrose; dans les formes stationnaires, mais avec bon état général, il a observé soit une réaction vagotonique, cas le plus fréquent, soit une réaction sympathicotonique; dans les formes destructrices d'évolution défavorable, il y a presque toujours une sympathicotonie nette. Ces résultats importants au point de vue du pronostic concordent avec ceux qu'a fournis l'étude du métabolisme basal et de la cuti-réaction chez les tuberculeux.

2° Au cours du traitement par le pneumothorax artificiel (20 cas), G. a constaté que les insufflations et principalement la première, entraînaient une augmentation passagère du tonus sympathique chez les sympathicotoniques; chez les vagotoniques, leur effet est variable; pourtant, dans quelques cas, on note une réaction nette du sympathique. On peut attribuer l'action sympathicotonique du pneumothorax à l'irritation directe du sympathique par un léger degré d'asphyxie ou par l'acidose consécutive au collapsus du poumon.

3° G. rappelle ensuite les divers types des accidents nerveux du pneumothorax et expose dans une revue très documentée les arguments des théories embolique et réflexe; lui-même a observé ces accidents chez trois malades, — un sympathicotonique et deux vagotoniques —, qui présentaient des réactions végétatives intenses; chez les malades qu'il a insufflés sans accident, il y avait équilibre entre les deux systèmes ou faible prédominance de l'un d'eux. D'ailleurs, la symptomatologie des accidents est bien celle des réactions végétatives. G. estime donc qu'il s'agit de réflexes végétatifs dont le point de départ peut être aussi bien dans l'irritation de la plèvre que dans la lésion cérébrale que produit l'embolie gazeuse. Au point de vue pratique, l'administration de substances antagonistes permet d'éviter ces accidents chez les malades dont le système végétatif est déséquilibré.

L. Rouquès.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

(Bologne)

G. Ruffini et **L. Alestra.** ***La pression veineuse périphérique et sa valeur normale chez l'homme*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome X, n° 2, Décembre 1930). — Après un rappel des conditions qui règlent la circulation et la pression dans les veines, R. et A. passent en revue les méthodes classiques de mesure; montrant qu'elles exposent toutes à des erreurs, ils décrivent une nouvelle instrumentation basée sur le principe de celle de Moritz et Tabora, mais plus facile à utiliser et à stériliser, et permettant de déterminer par une simple manœuvre de robinets l'erreur due à la capillarité du tube manométrique. A l'aide de deux règles ajustées à angle droit, on peut placer le zéro du manomètre au niveau exact de l'oreillette droite.

Ayant étudié 40 hommes et 40 femmes indemnes d'affections cardio-vasculaires, pleurales ou pulmonaires, R. et A. sont parvenus aux conclusions suivantes : la *moyenne arithmétique* des pressions est de 78 mm. d'eau, avec des valeurs limites de 125 et de 20 mm.; la grande majorité des chiffres sont compris entre 45 et 115 mm. La pression baisse graduellement à mesure que l'*âge* s'accroît : de 14 à 30 ans, la moyenne est de 92 mm. et de 31 à 60 ans de 64 mm.; c'est de 31 à 40 ans que la moyenne se rapproche le plus de la moyenne générale. La pression veineuse varie suivant le *sexe :* elle est plus élevée chez la femme (85 mm. en moyenne, avec des valeurs habituelles comprises entre 75 et 115 mm.) que chez l'homme (71 mm. en moyenne, avec des valeurs habituelles comprises entre 45 et 85 mm.); la différence est constante, quelle que soit la décade de la vie considérée. Il n'y a pas de rapport net entre la pression veineuse et la *constitution morphologique.* Il n'y a pas de parallélisme étroit entre la pression veineuse et la *pression artérielle,* qu'il s'agisse de la maxima ou de la minima. Il n'y a pas de différence sensible entre les pressions des deux côtés; l'*exercice musculaire,* exécuté par le sujet sans quitter la position horizontale, ne modifie pas la pression ; par contre, la toux et l'expiration l'augmentent, l'inspiration la diminue.

L. Rouquès.

U. de Castro. ***Nature et déterminisme de la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome X, n° 2, Décembre 1930). — Dans la première partie de son travail, C. établit la fréquence avec laquelle on constate de la bilirubine dans les liquides xantho-chromiques; la recherchant sous sa forme directe par la méthode de Van den Bergh et sous sa forme indirecte par une technique personnelle, il la trouve sous la première 16 fois sur 21 liquides, et sous la seconde 3 fois chez des malades atteints d'hémorragie méningée. La réaction directe est toujours peu intense, mais ses modifications sous l'influence de la lumière et de l'oxydation, analogues à celles que l'on observe avec les sérums d'ictériques, sont caractéristiques de la bilirubine. Dans certains liquides xantho-chromiques, la réaction est négative. C. croit qu'il s'agit malgré tout de bilirubine, mais celle-ci sous l'action du milieu aurait été modifiée de façon à perdre son aptitude à donner une réaction diazoïque; on sait d'ailleurs qu'un liquide examiné à plusieurs reprises peut conserver une légère xanthochromie, alors que la réaction diazoïque est déjà devenue négative.

La deuxième partie du mémoire est consacrée à l'origine de la bilirubinorachie et C. divise les liquides qu'il a étudiés en trois groupes. Dans un premier, il place les liquides d'hémorragies méningées, où la bilirubine semble provenir d'un processus de biligénie locale analogue à celui de l'ictère hémolytique. Un deuxième groupe comprend les liquides xanthochromiques au cours des ictères; la bilirubine y est toujours en faible quantité, sans parallélisme avec l'intensité de la cholémie; dans deux cas d'ictère où la cholémie était supérieure à celle des cas précédents, C. n'a pas observé de xanthochromie du liquide céphalo-rachidien. Le passage de la bilirubine sanguine dans le liquide qui n'a pas lieu à l'état normal, tout au moins chez l'adulte, n'est pas déterminé seulement par l'élévation du taux de la bilirubine dialysable dans le sérum; le rôle le plus important est joué par les éléments histiocytaires de la membrane méningo-choroïdienne qui possèdent un pouvoir d'arrêt; celui-ci dépend, d'une part, d'un facteur individuel, et, d'autre part, de l'état physico-chimique du sang qui règle l'adsorption de la bilirubine aux protéines et en entrave la dialyse. C. place dans un troisième groupe les liquides xanthochromiques des méningites aiguës ou des compressions; les lésions inflammatoires ou mécaniques des méninges suffisent à expliquer leur perméabilité anormale vis-à-vis des quantités physiologiques de bilirubine contenues dans le sérum; mais la xanthochromie peut avoir aussi une origine purement locale, lorsque les lésions méningées donnent lieu à des hémorragies dans le liquide.

L. Rouquès.

IL MORGAGNI
(Naples)

E. Sanfilippo. ***Le réflexe oculo-cardiaque dans les états d'hypertension*** (*Il Morgagni*, t. LXXIII, n° 6, 8 Février 1931). — S. s'est efforcé de préciser la part du système neuro-végétatif dans la genèse des diverses variétés étiologiques d'hypertension, par la recherche du réflexe oculo-cardiaque; il indique les causes d'erreur à éviter et insiste sur la nécessité d'employer une compression déterminée. Opérant dans des conditions telles qu'appliquées à des sujets normaux, ceux-ci ne réagissent pas ou seulement d'une manière insignifiante, S. est arrivé aux conclusions suivantes: 1° Dans l'hypertension essentielle, on observe une augmentation notable de la pression artérielle et un ralentissement du pouls allant de 10 à 20 pulsations par minute. 2° Chez les hypertendus artério-scléreux, l'élévation de la pression est moindre, le rythme du pouls ne varie pas ou s'accélère légèrement. 3° Dans l'hypertension d'origine rénale, la tension augmente modérément, tandis que le pouls, suivant les cas, reste le même, s'accélère ou se ralentit.

Discutant le mécanisme de ces réactions, S. estime que leur diversité est en rapport avec la différence de la pathogénie du phénomène de l'hypertension dans les états considérés.

L. Rouquès.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

W. Reiprich. ***L'hormone sexuelle et son utilisation pour obtenir expérimentalement la stérilisation de l'organisme mâle*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 9, 27 Février 1931). — Les procédés de stérilisation masculine employés dans quelques pays dans un but social sont actuellement surtout d'ordre chirurgical. Expérimentalement, R. a obtenu des résultats encore incomplets mais déjà intéressants par injection à des mâles d'une quantité assez considérable d'hormone sexuelle féminine (folliculine essentiellement). Il a greffé des ovaires de lapines non gravides, donc contenant seulement la folliculine, dans les reins des mâles d'une série d'animaux, alors qu'une autre série subissait seulement l'injection hormonale sous-cutanée.

Aucune modification du rut ni de la possibilité de coïts répétés ne fut observée chez les lapins ainsi traités. Mais, alors que ces animaux fécondent habituellement les femelles dans plus de 90 pour 100 des cas, seuls 1/3 des lapines mirent bas après copulation répétée avec des mâles traités.

Cette stérilisation fut observée après un intervalle maxima de 3 mois après le traitement.

Le sexe des petits nés des couples féconds ne fut nullement influencé : 28 femelles et 31 mâles naquirent des 10 lapines fécondées.

Histologiquement on observe un arrêt de la spermatogénèse et une atrophie des canalicules. Cependant il faut noter que dans certains cas, alors que la fécondation n'avait pas pu être obtenue, les canalicules spermatiques du mâle contenaient cependant encore des spermatozoïdes. Il semble donc que le pouvoir fécondant de ces spermatozoïdes ait été modifié en lui-même.

Ces expériences intéressantes méritent d'être poursuivies, car il est possible que dans l'avenir on puisse obtenir une stérilisation par un procédé biologique inoffensif et donc infiniment supérieur aux techniques chirurgicales ou radiothérapiques.

G. Dreyfus-Sée.

H. Knaus. ***Recherches sur la période pendant laquelle la femme est susceptible d'être fécondée*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 9, 27 Février 1931). — La notion d'une période intermenstruelle favorable à la conception est déjà ancienne et il est curieux de noter que les préceptes talmudiques autorisent les rapports conjugaux précisément durant la période où la femme a le plus de chance d'être fécondée.

K. se basant sur des observations expérimentales et cliniques situe cette période du dixième au dix-septième jour du cycle menstruel pour des femmes réglées tous les 26 à 30 jours: elle correspondrait à l'ovulation qui se fait du douzième au seizième jour.

Cette phase optimum est précédée et suivie d'une période de stérilité physiologique.

De nouvelles observations en apparence contradictoires ont permis de confirmer ces notions biologiques. En effet dans ces cas l'explication de la fécondation à une date tardive peut être facilement donnée, l'ovulation ayant été retardée par des circonstances spéciales: allaitement, inanition, fatigue excessive, changement de climat, maladie intercurrente. Cependant la fréquence de ces incidents susceptibles de modifier la date de l'ovulation et par conséquent de faire varier les limites des périodes de stérilité physiologiques rend très difficile en pratique l'utilisation précise de ces notions physiologiques.

G. Dreyfus-Sée.

F. Franke. ***Observation sur la question des thromboses*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 10, 6 Mars 1931). — Une fois encore F. s'attaque au problème de l'augmentation de fréquence des thromboses et des embolies depuis quelques années. Ce phénomène observé par de nombreux médecins de tous pays n'a jusqu'ici reçu aucune explication satisfaisante.

F. émet une hypothèse qui ne s'appuie jusqu'à présent sur aucune base formelle mais qu'il s'efforce de justifier par quelques observations générales.

A l'origine des thromboses pourrait être une infection à microbe encore inconnu; et parmi les infections banales incriminables, F. admet comme vraisemblable le rôle de la grippe. Il insiste sur la fréquence de complications neuro-vasculaires de la grippe: hémorragies multiples, troubles circulatoires, etc. Lors de l'épidémie de 1889-90, de nombreux cas de thrombose ont été signalés. L'afflux nouveau de complications emboliques serait consécutif à l'épidémie de 1917-18. Il s'agirait d'une forme spéciale subaiguë prise par une affection qui d'autres fois a déterminé avec prédilection des manifestations osseuses, ou articulaires, ou nerveuses. Selon F. il serait donc intéressant d'étudier les thromboses en partant de ce point de vue.

G. Dreyfus-Sée.

K. Boshamer. ***Remarques sur la prophylaxie des thromboses par la thyroxine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 10, 6 Mars 1931). — Les premiers résultats très favorables obtenus par le traitement prophylactique des thromboses post-opératoires à l'aide de la thyroxine ne semblent pas s'être maintenus. Cependant sans être aussi efficace qu'on avait pu l'espérer l'administration systématique de thyroxine paraît avoir exercé une certaine influence sur la diminution du nombre des accidents. Il serait donc aussi injuste d'abandonner ce procédé thérapeutique qu'il est inexact de lui attribuer un pouvoir protecteur absolu.

D'ailleurs la thyroxine donnée préventivement permet d'obtenir des indications précieuses sur la constitution du sujet et par conséquent de prévoir et parfois d'éviter les accidents.

L'étude de la courbe du pouls des malades prenant le médicament montre 2 modes de réaction: le plus souvent on note une accélération nette, mais certains sujets hypervagotoniques résistent à l'action modificatrice du rythme: ceux-ci sont plus disposés à des accidents de thrombose. Cette prépondérance du parasympathique est plus facilement mise en évidence encore si on observe comparativement les courbes du pouls et de la température.

Lorsque pendant l'administration de thyroxine, surtout associée à l'atropine, la courbe du pouls ne croise pas la courbe thermique pour rester au-dessus d'elle, il y a un risque de thrombose qu'il est possible d'enrayer par l'éphétonine.

Par contre l'évolution normale des courbes dispense de tout traitement prophylactique et on peut suspendre la thyroxine.

G. Dreyfus-Sée.

E. Egan. ***L'action de l'éphétonine : une action accessoire inconnue jusqu'à présent ; intoxication par l'éphétonine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 10, 6 Mars 1931). — Après injection d'éphétonine à des hommes de 40 à 60 ans, on a observé une excitation génésique qui se manifestait quelques heures après l'injection dans plus de la moitié des cas. Aucun phénomène analogue n'a été constaté lorsque l'éphétonine était ingérée.

Dans un cas d'absorption d'une dose excessive d'éphétonine par voie digestive (10 tablettes de 0.05 en une seule prise), des phénomènes d'intolérance générale légère furent observés: malaise, agitation, et quelques signes objectifs : tachycardie modérée, tremblement des extrémités, élévation de la tension artérielle, sensation vertigineuse et sueurs abondantes. Tous ces phénomènes régressèrent spontanément en huit heures.

Ces troubles peu marqués malgré la dose ingérée plaident pour l'innocuité du médicament, cependant il importe de tenir compte des variables susceptibilités individuelles.

L'application de plus en plus fréquente du médicament permettra de se rendre compte des manifestations physiologiques et pathologiques qu'il est susceptible de déclancher selon les doses employées et selon le mode d'administration.

G. Dreyfus-Sée.

K Herz. ***L'auto-urothérapie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 10, 6 Mars 1931). — Ce procédé thérapeutique préconisé par Windholz en 1919 puis par Jansion et Paleologue en 1929 a été employé par H. qui lui attribue un mode d'action différent de celui qu'avaient admis les premiers expérimentateurs.

Il considère que l'urine injectée agit non pas en tant qu'antigène, mais comme modificatrice d'une sécrétion hormonale troublée, et par conséquent qu'on peut l'utiliser dans tous les cas où une anomalie des échanges peut être soupçonnée.

Des résultats favorables auraient ainsi été obtenus dans des cas d'eczéma séborrhéique de l'enfance, alors que l'eczéma banal n'était nullement influencé.

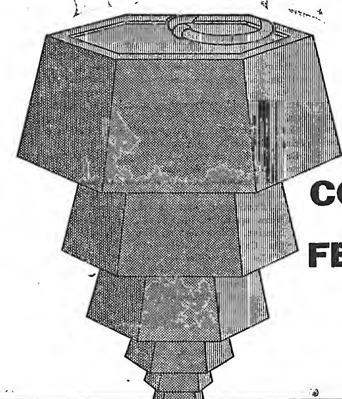
L'intoxication gravidique fut nettement influencée dans plusieurs cas.

Des sujets atteints d'affections allergiques (urticaire, rhume des foins, asthme vrai, etc.) ont été améliorés dans la mesure dans laquelle les phénomènes présentés étaient spasmodiques sans nulle action sur l'état catarrhal des asthmatiques par exemple. De même un cas de laryngospasme, un autre de pylorospasme infantile furent radicalement guéris.

Enfin les quintes de coqueluche parurent très favorablement influencées. Entre ces diverses affections: intoxication gravidique, états allergiques, coqueluche, spasmes et hypertonies, séborrhée des nourrissons, l'auteur reconnaît un lien commun constitué par un trouble de l'équilibre hormonique sur lequel agirait l'injection des auto-urines.

G. Dreyfus-Sée.

BIOTRIGON





ÉLIXIR
ET
COMPRIMÉS
A BASE DE
FENU GREC

AUGMENTE LE POIDS

· UROMIL ·

ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE – PIPÉRAZINE – HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE



MOBILISE
DISSOUT
ÉLIMINE

L'ACIDE
URIQUE

UROMIL

ARTHRITISME

Dr L. BÉLIÈRES - 19, RUE DROUOT - PARIS

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Munich, Vienne)

C. Alvarez et **S. M. Neuschlosz.** ***Recherches sur la cholestérine du sang dans l'hypertension artérielle*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 6, 7 Février 1931. — A. et N. rappellent les principaux travaux qui ont mis le taux de la cholestérine du sang en rapport avec l'hypertension ou avec l'artériosclérose. Ils font remarquer qu'un nombre assez important d'hypertendus présentent un taux de cholestérine normal. Pour expliquer ce fait, on a fait intervenir l'adsorption, une modification du quotient *cholestérine : lécithine*, etc. Pour A. et N. il doit exister des variations de la solubilité de la cholestérine liées peut-être à la présence d'albumine et de lécithine. Il paraît donc tout indiqué de rechercher le pouvoir dissolvant présenté par un sérum donné à l'égard de la cholestérine. Pour étudier ce pouvoir, A. et N. imbibent du papier filtre avec une quantité définie (0 cmc 2) d'une solution de cholestérine à 10 pour 100 dans l'éther. Après avoir laissé l'éther s'évaporer, ils placent ces fragments de papier filtre imbibés, dans ces conditions, de cholestérine à l'état de division extrême, dans des sérums dont la richesse en cholestérine est connue. Au bout d'un nombre d'heures variable, ils renouvellent le dosage pour voir dans quelle mesure la cholestérine du papier se dissout dans le sérum. Ils observent ainsi par exemple, dans le cas d'un sérum qui contenait 1 gr. 37 pour 100 à l'origine, qu'il s'enrichit progressivement jusqu'à contenir 1 gr. 51 au bout de 48 heures. Le maximum d'enrichissement constaté a été de 60 pour 100.

A. et N. ont fait également des dosages d'éthers de la cholestérine sur 50 sérums, mais ils n'ont pas trouvé, avec ces corps, des modifications intéressantes, de sorte qu'ils ont interrompu les recherches à ce point de vue.

En ce qui concerne la cholestérine libre, ils ont étudié le pouvoir dissolvant de 26 individus ayant une pression maxima inférieure à 150 mm. Ils ont constaté, dans tous les cas, que le sérum s'enrichit en présence du papier filtre. Le même fait a été constaté chez 30 individus tout à fait normaux dont la pression sanguine n'a pas été mesurée.

Dans 25 autres cas dont la pression dépassait 150 mm., la cholestérine se trouve dans le sérum à l'état de sursaturation dans la proportion de 5 à 30 pour 100 de sorte qu'en présence du papier filtre, le sérum perd une certaine proportion de sa cholestérine. Cette sursaturation observée 84 fois sur 100 dans cette série est un phénomène qui ne se voit pas en dehors de l'hypertension et qui doit être en rapport avec cet état.

Les 4 cas qui ne présentaient pas cette sursaturation étaient atteints 2 fois de néphrites avec rétention azotée et 2 fois d'hypertension artério-scléreuse pure sans insuffisance rénale.

P.-E. Morhardt.

Kaete Jaffé. ***Recherches d'anticorps spécifiques «in vitro» dans l'allergie marquée pour les poissons et les levures*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 7, 14 Février 1931). — Chez une fillette de 13 ans, atteinte d'asthme et d'eczéma, K, a constaté une hypersensibilité marquée à l'égard des poissons et des levures. Les essais de transmission selon la méthode de Prausnitz-Küstner réussissent toujours avec du sérum actif mais ne réussissent pas avec du sérum normal. La substance ne réussit pas avec du sérum inactivé par la chaleur même si on y ajoute du sérum normal. La substance qui permet de transmettre la sensibilité est donc thermolabile.

En employant du sérum humain actif, des dilutions variées de poissons ou de levures, une solution de chlorure de sodium et une suspension à 5 pour 100 d'érythrocytes, l'auteur est arrivé à obtenir une inhibition complète de l'hémolyse avec le sérum allergique et l'antigène correspondant. Avec une série de 30 sérums de contrôle, les réactions ont été toutes négatives. Chez un autre malade, atteint d'idiosyncrasie pour les lentilles, le sérum inhibe l'hémolyse en présence d'extrait de lentilles tandis que la réaction est négative en présence d'extrait de poissons ou de levures.

P.-E. Morhardt.

E. Hayer. ***Nos expériences avec le traitement des thyrotoxicoses par les rayons X*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 7, 14 Février 1931). — H. fait remarquer que dans les thyrotoxicoses, il intervient, à côté de la sécrétion thyroïdienne toxique, l'état d'équilibre du système nerveux végétatif et les troubles provoqués dans l'équilibre endocrinien. Dans le premier cas, les symptômes proprement basedowiens sont assez peu marqués et un traumatisme psychique se trouve souvent à l'origine de la maladie. Dans le second cas, le thymus, l'hypophyse et l'ovaire fonctionnent vraisemblablement d'une façon anormale.

Au point de vue thérapeutique, H. cherche à inhiber les fonctions de la thyroïde en irradiant cette glande et le thymus. La dose d'irradiation administrée doit être naturellement adaptée à l'état du malade et varier avec les modifications du métabolisme de base ainsi qu'avec la tachycardie et le tremblement. Il est vrai que ces divers signes ne varient pas toujours parallèlement au moins au début. Dans les cas graves, il est nécessaire d'ailleur d'ajouter à ce traitement le repos au lit, un régime approprié et des sédatifs. En outre, quand l'état s'améliore, il faut conseiller un travail léger. Enfin H. a commencé à ajouter systématiquement à sa méthode l'irradiation de l'hypophyse.

Dans ces conditions, il admet qu'un malade est guéri lorsqu'il a pu travailler pendant toute une année en se sentant subjectivement bien, avec un métabolisme de base et un pouls normaux.

Sur 150 malades traités pendant l'année courante il y en a eu 127 (85 pour 100) qui ont manifesté une évolution parallèle des symptômes objectifs et subjectifs. Dans 20 cas (13 pour 100) le métabolisme de base a augmenté tandis que les autres symptômes s'amélioraient. Dans un cas, le métabolisme de base a diminué malgré une aggravation générale. Au total, chez 107 malades (70,4 pour 100) il y a eu amélioration générale et chez 13 malades (8,6 pour 100) aggravation générale; 2 malades sont morts. L'amélioration a été constatée 18 fois malgré augmentation du métabolisme de base et une amélioration a été constaté 10 fois sans que le pouls se ralentisse.

Chez 58 malades, on a pratiqué l'irradiation de l'hypophyse. Mais cette méthode n'a pas permis mieux que les autres de faire disparaître l'exophtalmie. Par contre la céphalée, les bouffées de chaleur, les vertiges, l'insomnie se sont très nettement améliorés. En général il n'a été fait qu'une seule irradiation de l'hypophyse. Un séjour à la campagne a amélioré beaucoup 19 malades sur 20.

P.-E. Morhardt.

H. Eufinger, H. Wiesbader et **N. Smilovits.** ***Influence du sang de gestante sur les métamorphoses des têtards*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 8, 21 Février 1931). — Les auteurs se sont d'abord demandé si le sang normal possède sur les métamorphoses des têtards une action différente du sang de femme recueilli pendant la menstruation, pendant la gestation ou encore au cours de l'éclampsie.

Ils ont ajouté 3 cmc de sang ou de sérum ayant ces diverses provenances à des bacs contenant chacun 800 cmc d'eau et 10 têtards : Ils ont observé le développement de ces animaux pendant 36 jours. Ils ont ainsi constaté que le sang normal n'a pas d'influence marquée mais que le sang de femme en période de menstruation, gravide ou éclamptique accélère la croissance et les métamorphoses des têtards. C'est le sang et plus encore le sérum d'éclamptique qui a l'action la plus nette à cet égard.

En outre le sang normal protège les têtards contre l'action de 3 γ de thyroxine, c'est-à-dire empêche l'hormone d'accélérer les métamorphoses et de retarder la croissance. Il n'en est plus de même avec le sang d'une femme en période de menstruation, d'une gestante ou d'une éclamptique. Ce sang et surtout le dernier protègent mal le têtard contre la thyroxine.

Au huitième jour après l'accouchement, le sang reprend ses propriétés habituelles. Pour les auteurs, il y aurait donc pendant la gestation une augmentation de la sécrétion de la thyroïde.

P.-E. Morhardt.

E. Schliephake et **G. Sincke.** ***L'effet d'extrait de rate sur le système réticulo-endothélial*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 8, 21 Février 1931). — Comme la rate a été trouvée par certains auteurs plus riche en anticorps que le sang ou d'autres organes, S. et S. se sont demandé si des extraits de cet organe, débarrassés des substances inactives, pourraient avoir un effet sur la réactivité du système réticulo-endothélial. Pour cela, ils ont étudié le pouvoir de fixation de ce système à l'égard de certaines substances suivant que l'animal a été ou non traité préalablement par l'extrait de rate.

Ils se sont servis surtout de bleu trypan à faible dose comme indicateur et ils ont constaté, sur les préparations histologiques de 10 rats et de 8 cobayes, que le pouvoir de fixation est très différent suivant qu'il y a eu ou non administration d'extrait de rate. Dans le premier cas, les inclusions cellulaires se font sous forme de gros grains, tandis que chez les animapx témoins, elles se font sous forme de grains fins ou encore d'une manière diffuse. Ces effets ont d'ailleurs été observés aussi bien après administration de rate fraîche qu'après injection de la préparation purifiée et standardisée de Maurer et Schliephake.

P.-E. Morhardt.

Kl. Gollwitzer-Meier. ***Dyspnée paroxystique des cardiaques et des hypertendus*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 8, 21 Février 1931). — Les troubles respiratoires paroxystiques s'observent surtout en cas de maladie du système circulatoire (hypertendus) et dans certaines affections du cœur, comme les lésions aortiques. Ils apparaissent surtout chez des malades en état de décompensation manifeste ou latente. Les accès surviennent souvent alors que la circulation paraît devoir être facilitée et notamment au cours du sommeil. Or, la pression, à ce moment, est en général abaissée et par conséquent le débit du cœur est diminué dans la circulation générale comme dans les coronaires. Il y a en effet, alors, prédominance du parasympathique avec diminution du rendement cardiaque. Il est peu vraisemblable cependant qu'en cas d'hypertension ou de lésions aortiques, le rendement cardiaque soit, à ce moment-là, diminué plus que chez l'individu sain. Il faut supposer au contraire que, dans le sommeil, le cœur doit fournir un travail plus considérable que normalement, d'abord parce que le reflux veineux augmente. Le reflux veineux est dû, comme G.-M. l'a déjà montré, à une participation active du système veineux par excès de CO^2 et insuffisance de O^2. Ainsi les réserves de sang périphérique et particulièrement splanchnique s'évacuent vers le cœur. Il est possible aussi que certains mouvements brusques, des excitations psychiques, des cauchemars, des modifications de température comme la chaleur du corps, contribuent à accentuer cette surchage du cœur. Eppinger a également

constaté à ce moment une augmentation du métabolisme. Mais ce fait n'est pas démontré pour tous les cas.

Par contre, le volume du sang circulant est augmenté par l'arrivée de liquides provenant des tissus. Surtout en cas d'insuffisance cardiaque, même latente, une partie du liquide résorbé par les tissus, et plus spécialement par le foie pendant la journée, rentre dans le système circulatoire dès le début du sommeil, en partie du fait de la diminution de la pression artérielle. Ce phénomène est bien mis en évidence par la nycturie comme par la polyurie clino-statique telle qu'elle est constatée dans l'épreuve de Kauffmann.

En outre, il est possible que cette arrivée de réserves aqueuses dans le système circulatoire ait pour conséquence une différence entre le débit par minute du ventricule droit et du ventricule gauche par stase pulmonaire consécutive.

La pression artérielle dans la période qui précède immédiatement les paroxysmes a été trouvée augmentée par les anciens auteurs comme Basch et Huchard. En fait, chez beaucoup d'hypertendus, on observe une augmentation de la pression vers le soir. Mais G.-M. n'a constaté cette élévation de la pression préparoxysmique que dans un seul cas.

D'autre part, les échanges gazeux au niveau des poumons peuvent montrer des modifications intéressantes. G.-M. a constaté, vers le soir, une diminution nette de la capacité vitale avec stase pulmonaire capable précisément de gêner les échanges gazeux. De ce fait, le volume moyen des poumons se trouverait augmenté.

En dehors de l'existence des réflexes pulmonaires non encore absolument démontrés, il faut songer à une action réflexe sur le centre respiratoire. Heymans a montré des modifications de la pression par excitation des zones sensibles de l'aorte et du sinus carotidien. Ces notions ont été confirmées par un grand nombre d'auteurs, de sorte que ces réflexes doivent être considérés comme jouant un rôle important dans la dyspnée paroxystique. En outre, des angiospasmes peuvent intervenir sous l'influence de mouvements brusques parfois peu importants, d'excitations psychiques, de la chaleur, etc. Des modifications dans la régulation du tonus peuvent en effet déterminer des spasmes. Chez une femme qui, à peu de jours de distance, avait eu 3 attaques nocturnes d'apoplexie avec troubles de la parole, G.-M. a observé, quelques jours plus tard, un paroxysme dyspnéique qui doit être interprété comme un angiospasme survenu dans le centre respiratoire et de même nature que ceux qui avaient provoqué des troubles de la parole. Ainsi on pourrait parler de dyspnée cardiaque quand il y a stase pulmonaire avec excitation consécutive du centre respiratoire et de dyspnée cérébrale en cas de spasme de ce même centre. Mais les deux facteurs confondent le plus souvent leurs effets.

Il faut, en somme, considérer la dyspnée paroxystique comme le résultat de toutes les corrélations circulatoires. Des troubles périphériques et centraux, généraux et locaux, sont en effet toujours simultanément en cause.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

K. Paschkis et **M. Diamant.** ***Contribution à la pathologie de l'érythrémie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIX, nº 3, 4 Décembre 1930). — P. et D. font remarquer qu'on n'a pas encore suffisamment étudié la destruction du sang dans l'érythrémie. Pour cela, on ne peut tenir compte des doses de fer qu'on retrouve, à l'autopsie, dans la rate et dans le foie, car ces dépôts dépendent non seulement de l'apport mais aussi du pouvoir de fixation des tissus.

Il semble, d'autre part, que les relations entre l'élimination d'urobiline et la destruction du sang soient assez simples car, en somme, c'est bien la destruction de l'hémoglobine, quand la cellule du foie fonctionne normalement, qui est la cause principale de la production d'urobiline aux dépens de la bilirubine déversée dans l'intestin. C'est naturellement au dosage de la stercobiline dans les selles qu'il faut recourir parce que le taux de l'urobiline dans l'urine est extrêmement faible. Des sources d'erreurs sont cependant créées par la constipation qui peut favoriser une désintégration de l'urobiline et surtout par la diarrhée. Ces considérations sont confirmées par le fait que P. et D. ont retrouvé des valeurs assez constantes quand on prend des moyennes chez un malade dont l'intestin fonctionne normalement.

C'est ce qui a été fait pour 5 malades dont 4 atteints d'érythrémie vraie. L'urobiline des selles a atteint, dans 3 cas, 348, 930 et 298 milligr. par jour. Une fois il s'est agi du type Vaquez, une fois du type Gaisböck et une fois d'un type intermédiaire.

Dans un quatrième cas, l'élimination était modérée (150 milligr.) mais un diagnostic d'érythrémie était par contre douteux. Il n'y avait que 6 1/2 millions de globules rouges et il pouvait peut-être s'agir d'une érythrocytose symptomatique. De même, dans un cas de maladie bleue, avec doigts en baguette de tambour et 10 millions d'érythrocytes, l'élimination quotidienne a été de 233,8 milligr. par jour qui dépasse à peine la limite supérieure de la normale. La destruction des érythrocytes est beaucoup plus accentuée dans l'érythrémie vraie que dans cette maladie où ce n'est pas une insuffisance du pouvoir de destruction du sang qui est primitivement en jeu.

On remarque, en outre, que la proportion d'urobiline retrouvée dans les selles est toujours à peu près dans le même rapport avec la quantité d'hémoglobine circulante selon le calcul proposé par Belongowa.

Il arrive parfois que l'urobiline des selles soit normale en cas d'érythrémie, on doit admettre que ce pouvoir de destruction est un facteur de second ordre dans la pathogénèse de la maladie.

Le fait que P. et D. aient retrouvé peu de fer dans les organes qui détruisent le sang doit être interprété comme dû à ce que l'organisme utilise toutes les réserves possibles de fer. Le léger ictère des sclérotiques ou du sérum décrit en cas d'érythrémie accompagnée de cirrhose a été constaté par P. et D. chez des malades qui ne présentaient pas de cirrhose. Ce symptôme ne doit d'ailleurs pas être interprété comme en rapport avec la destruction du sang.

L'administration de rate n'a eu aucun résultat dans un cas d'érythrocytose symptomatique ni dans 2 cas d'érythrémie vraie. Cependant dans une des observations de P. et D., elle a fait baisser les hématies de 12,6 à 9,6 millions. Elle n'a pas eu non plus d'influence sur l'élimination de stercobiline.

P.-E. Morhardt.

L. Bogendörfer et **A.-R. Sell.** ***Les effets des excitants thermiques externes sur l'activité sécrétrice de l'estomac*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIX, nº 3, 4. Décembre 1930). — B. et S. ont soumis environ 170 sujets sains ou malades à un sondage gastrique continu en même temps qu'ils faisaient ou non sur la région gastrique des applications chaudes ou froides. Ils ont constaté ainsi que les applications chaudes diminuent le volume de la sécrétion et l'acidité totale d'une façon marquée notamment chez les hyperchlorhydriques. Par contre, les applications froides augmentent la sécrétion et l'acidité ou les font apparaître chez des anacides. Cette réaction a été constatée dans 72 cas. Cependant 30 pour 100 des cas où ces applications ont été faites se sont montrés réfractaires de même que les applications chaudes n'ont pas provoqué d'effets dans 25 pour 100 des cas. En refroidissant l'œsophage au moyen d'une sonde métallique plongeant par une de ses extrémités dans un mélange réfrigérant, on a également fait augmenter la sécrétion gastrique.

En comparant les effets de l'histamine et des applications froides B. et S. ont constaté une action assez analogue. Sur 45 essais, ils ont trouvé 22 cas réfractaires à l'histamine comme aux applications froides et en somme l'histamine ne s'est pas montrée supérieure aux applications froides. Les deux procédés sont synergiques.

Dans certains cas d'adhérences avec cholécystopathie, B. et S. ont constaté que les applications froides entraînent une sensation douloureuse parfois périodique et rendent, tout au moins passagèrement, les selles régulières. Néanmoins ces états constituent des contre-indications pour les applications froides. Dans 7 cas de tumeurs gastriques B. et S. ont constaté que les excitants thermiques comme l'histamine ne modifient, ni les uns ni les autres, la courbe de la sécrétion gastrique, ce qui paraît avoir une certaine importance au point de vue diagnostic.

La suggestion de sensation de chaleur ou de froid agit comme l'application. B. et S. se demandent si ces phénomènes ne sont pas en relations avec les réserves de chlorure de sodium qui existent dans la peau et qui peuvent être augmentées ou au contraire diminuées par les applications thermiques. Le froid mobiliserait NaCL et le mettrait à la disposition de l'estomac tandis qu'au contraire la chaleur augmenterait la réserve sous-cutanée.

P.-E. Morhardt.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Baumann. ***Sérum antitétanique et prophylaxie du tétanos*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LVI, nº 8, 21 Février 1931.) — La prophylaxie du tétanos compte des succès tout à fait remarquables. Aussi a-t-on pu prétendre que des malades présentant une plaie quelconque doivent être traités avec 20 unités d'antitoxine tétanique.

Cette manière de voir n'est pas partagée par B. Pour lui, une telle méthode comporte des dangers et des impossibilités; aussi donne-t-il des directives d'après lesquelles le médecin pourra juger si une plaie exige ou non une prophylaxie antitétanique. En effet, un éclat d'obus pendant la guerre comporte un risque de tétanos égal à 1/10. Au contraire, une plaie survenue dans une fabrique et immédiatement soignée selon les règles de l'art, ne comporte plus que 1/100.000 de risques. Par contre, les risques de complications graves entraînées par l'injection de sérum s'élèvent à 1/10.000.

Pour éviter ces derniers risques, la suppression de certains composants du sérum ne semble pas vouloir donner jusqu'ici de bons résultats. Par contre, le sérum très actif est recommandable. L'auteur en utilise à la dose de 2 1/2 cmc dont 1/2 cmc est injecté tout d'abord. Ensuite, au bout de quatre à six heures, si l'injection a été bien supportée, on administre le reste de la dose.

P.-E. Morhardt.

W. Stefko. ***La pathologie de l'inanition. Le facteur alimentation dans le problème du goitre*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXI, nº 8, 21 Février 1931). — Les conclusions de S. sont fondées sur l'examen d'environ 10.000 enfants et d'un certain nombre d'autopsies. S. a d'abord étudié les modifications du thymus et il a constaté que, dans cette glande, c'est surtout la partie lymphatique qui résiste à l'inanition de sorte que chez les enfants sous-alimentés, cet organe prend plus vite des caractères lymphatiques en même temps qu'apparaissent des phénomènes de dégénérescence dans les cellules médullaires. En particulier, les corpuscules de Hassal présentent des

signes de dégénérescence. Le fœtus et le nouveau-né de mère inanitiée présentent également des lésions de ce genre.

En ce qui concerne la thyroïde, S. a constaté, sous l'influence de l'inanition, un processus énergique de résorption de la colloïde qui est, en outre, le siège de modifications morphologiques. On observe des follicules hypoplastiques à épithélium bas et dépourvu de colloïde. Les follicules lymphatiques sont augmentés, de sorte que les caractères de la glande prennent le tpe du goitre diffus.

Ces modifications de la thyroïde s'accompagnent de troubles d'autres glandes. Sur 2.800 adolescents âgés de 15 à 19 ans, ayant souffert pendant la période de famine, il a trouvé 12,8 pour 100 d'hypogénitalisme, 5,5 pour 100 d'eunuchoïdisme ainsi que 6,3 pour 100 d'autres troubles endocriniens. Les glandes sexuelles et la thyroïde sont donc les organes les plus sensibles à la sous-alimentation. S. conclut qu'une période de sous-alimentation doit jouer un rôle dans l'étiologie du goitre.

P.-E. Morhardt.

THE LANCET
(Londres)

J. F. Wilkinson et **T. H. Oliver.** ***Quelques maladies s'accompagnant d'achlorhydrie*** (*The Lancet*, tome CCXX, n° 5602, 10 Janvier 1931). — L'étude du chimisme gastrique est revenue à la mode, depuis que la constatation de l'achylie dans l'anémie pernicieuse a conduit à la découverte du traitement par la poudre d'estomac. Les auteurs ont observé l'achlorhydrie dans une série d'affections, notamment dans certaines diarrhées chroniques, dans des glossites, dans des arthrites chroniques, certaines dermatoses. Dans nombre de cas, le traitement par l'acide chlorhydrique aurait amené la guérison. Les résultats sont malheureusement discutables, car les études récentes ont montré que l'achylie, ou du moins l'achlorhydrie, est fréquemment observée chez des sujets normaux, notamment chez les vieillards. Quant aux résultats thérapeutiques, il s'agit probablement de coïncidences, car d'autres auteurs ont publié des résultats tout à fait discordants dans des séries analogues.

R. Rivoire.

M. B. Mac Kenna. ***Les frictions à l'oxychlorure de bismuth dans le traitement du lupus érythémateux*** (*The Lancet*, tome CCXX, n° 5603, 17 Janvier 1931). — Depuis les travaux des dermatologistes français, le traitement du lupus érythémateux par le bismuth s'est généralisé, étant tout aussi efficace et moins dangereux que la thérapeutique aurique. Jusqu'à présent, le traitement consistait seulement en injections intra-musculaires. Mais l'auteur a eu l'idée de combiner un traitement local par frictions avec une suspension d'oxychlorure de bismuth et un traitement général par piqûres. D'après lui, les résultats sont supérieurs à ceux obtenus par la voie interne seule, notamment parce que localement il ne persiste aucun vestige des lésions, alors qu'une légère cicatrice gaufrée subsistait avec le traitement bismuthique banal. Dans un cas enfin l'auteur aurait obtenu la guérison par les frictions seules.

Ces résultats sont intéressants parce qu'ils semblent indiquer que le bismuth a réellement une action spécifique sur le lupus érythémateux, et qu'il n'agit pas seulement comme désensibilisant non spécifique : on sait, en effet, depuis longtemps que le bismuth, à l'inverse du mercure, ne traverse pas la peau, et qu'il est impossible de le déceler dans l'urine en quantité appréciable après une friction. Il y a donc là une notion intéressante, qui mérite vérification.

R. Rivoire.

L. Morris. ***La névralgie du trijumeau : anatomie de la technique de Hartel*** (*The Lancet*, tome CCXX, n° 5603, 17 Janvier 1931). — L'alcoolisation du ganglion de Gasser à travers le trou ovale tend à se généraliser à l'étranger, et les résultats publiés semblent indiquer qu'il s'agit là d'une méthode facile, efficace et sans danger, qui supplantera rapidement la gassérectomie.

La technique le plus couramment employée est celle de Hartel, qui consiste à enfoncer une aiguille obliquement depuis l'angle de la bouche vers le trou ovale. L'auteur a étudié sur le cadavre les rapports de l'aiguille au cours de ce trajet, et a constaté que celle-ci est presque entièrement dans la boule graisseuse de Bichat, le seul organe pouvant être blessé étant l'artère maxillaire interne (blessure d'ailleurs sans danger). Quant à la découverte du trou ovale, elle est plus facile qu'il ne paraît, puisque l'auteur a réussi l'opération 388 fois sur 400, les seuls échecs provenant de l'absence de trou ovale (8 fois), ou d'une ossification anormale ptérygo-sphénoïdale (4 fois). Cependant des difficultés peuvent naître du fait de certaines anomalies osseuses, comme de l'existence d'une fosse sur la face sous-temporale du sphénoïde, ou de l'exiguïté de l'aile interne de la ptérygoïde.

D'après l'auteur, la voie haute, horizontale, partant à 2 cm. au-dessus de l'angle de la bouche, est supérieure à la voie basse, verticale, parce qu'elle est plus facile et qu'elle atteint, non le ganglion de Gasser lui-même, mais sa racine sensitive.

R. Rivoire.

L. Hill et **A. Lauria.** ***L'irradiation des écoliers*** (*The Lancet*, tome CCXX, n° 5604, 24 Janvier 1931). — M. Colebrook ayant publié l'an passé les résultats d'une enquête faite dans une école de Londres pour vérifier l'action des rayons ultra-violets sur la croissance et l'amélioration de la santé des écoliers, et cette enquête ayant été très défavorable à l'utilité des rayons, les auteurs, qui sont spécialisés dans l'irradiation, ont entrepris une contre-enquête pour réhabiliter les rayons ultra-violets. Ils estiment en effet que l'enquête de Colebrook a été mal conduite, l'école choisie étant trop moderne et les enfants trop bien portants; en outre, les doses de rayons pratiquées auraient été beaucoup trop fortes, alors qu'il est bien connu que les doses excessives d'ultra-violets ont beaucoup moins d'action que les petites doses excitantes. Malheureusement, l'enquête des auteurs est bien moins démonstrative qu'ils ne le disent, car elle a été beaucoup trop courte, et les seules améliorations indiscutables concernent le poids, qui en moyenne n'a augmenté que de quelques centaines de grammes de plus que celui des témoins. Il reste donc encore à prouver que les rayons ultra-violets ont une action favorable sur la moyenne des enfants.

R. Rivoire.

L. Birley. ***La fréquence comparée des gliomes et des autres tumeurs cérébrales*** (*The Lancet*, tome CCXX, n° 5607, 14 Février 1931). — Les statistiques de Howard Tooth (1912) et de Cushing (1928) indiquent que les gliomes ne s'observent que dans 53 pour 100 des cas de tumeur cérébrale (non compris les adénomes de l'hypophyse ni les tumeurs métastatiques). Birley s'efforce dans cet article de prouver que les gliomes représentent en réalité plus de 75 pour 100 des cas, l'argument essentiel étant que les gliomes sont beaucoup plus difficiles à repérer que les tumeurs d'une autre nature; il en résulte que la craniotomie dans nombre de cas de gliomes ne permet pas de découvrir la tumeur, ni d'en déterminer la nature. Il est donc probable que la plupart des cas où l'intervention n'a pas pu découvrir la tumeur représentent des gliomes. Une preuve en est que les statistiques d'autopsie montrent une fréquence beaucoup plus grande des gliomes que les statistiques opératoires.

R. Rivoire.

B. Bixon et **S. Griffith.** ***Le BCG dans la vaccination anti-tuberculeuse des bovidés*** (*The Lancet*, tome CCXX, n° 5608, 21 Février 1931). — Depuis la communication originale de Calmette et Guérin en 1920, de nombreux expérimentateurs ont étudié avec des résultats variables l'action immunisante du BCG sur les bovidés. Les auteurs exposent les résultats de leurs propres expériences, qui sont nettement favorables au vaccin. Celui-ci, en effet, s'est, dans tous les cas, montré complètement inoffensif, aussi bien par voie intraveineuse que par voie buccale ou sous-cutanée; d'autre part, l'immunité conférée aux animaux, sans être constante, a été observée dans un grand nombre de cas. Cette immunité a d'ailleurs été vérifiée à l'aide d'inoculations massives de bacilles tuberculeux par la voie veineuse, à doses 10 à 20 fois supérieures à la dose mortelle, ce qui permet de croire qu'une immunité suffisante pour la contagion normale pouvait exister même dans les cas négatifs. L'immunité a été beaucoup plus fréquente après vaccination par voie veineuse que dans les autres cas; cependant une immunité absolue a été constatée plusieurs fois, même après vaccination par voie buccale ou sous-cutanée.

De nouvelles expériences sont en cours pour vérifier la durée de l'immunité et le degré de résistance des animaux vis-à-vis d'une infection naturelle.

R. Rivoire.

W. F. Gaisford. ***L'épreuve de Mantoux : analyse de 500 cas*** (*The Lancet*, tome CCXX, n° 5610, 7 Mars 1931). — G. a fait l'épreuve de l'intradermoréaction à la tuberculine à 500 enfants venant consulter à l'Hospital de London-East; les 250 premières réactions furent faites systématiquement à tous les enfants, même ceux souffrant d'une affection chirurgicale; les 100 suivantes furent faites dans un but de diagnostic à des enfants suspects de tuberculose; les 150 dernières furent à nouveau systématiques, comme les 250 premières: mais dans cette dernière série, l'auteur s'est efforcé d'éliminer les enfants présentant des symptômes pouvant fausser la réaction (pyrexie, tuberculose miliaire, anergie post-rubéolique)). La technique employée fut celle habituelle: 1/10e de cmc de solution de tuberculine au 1/1000e. Les lectures furent faites de la 24e à la 48e heures: il n'y eut que 5 pseudo-réactions positives, survenues moins de vingt-quatre heures après l'intra-dermo; dans 6 cas, les réactions furent retardées, apparaissant du 2e au 8e jour.

Dans le premier groupe, 24 pour 100 des réactions furent positives. Parmi celles-ci, l'examen clinique et radiologique des enfants ne montra des lésions tuberculeuses que dans 40 pour 100 des cas.

Parmi les 76 pour 100 des réactions négatives, un seul enfant présenta des lésions tuberculeuses (méningite).

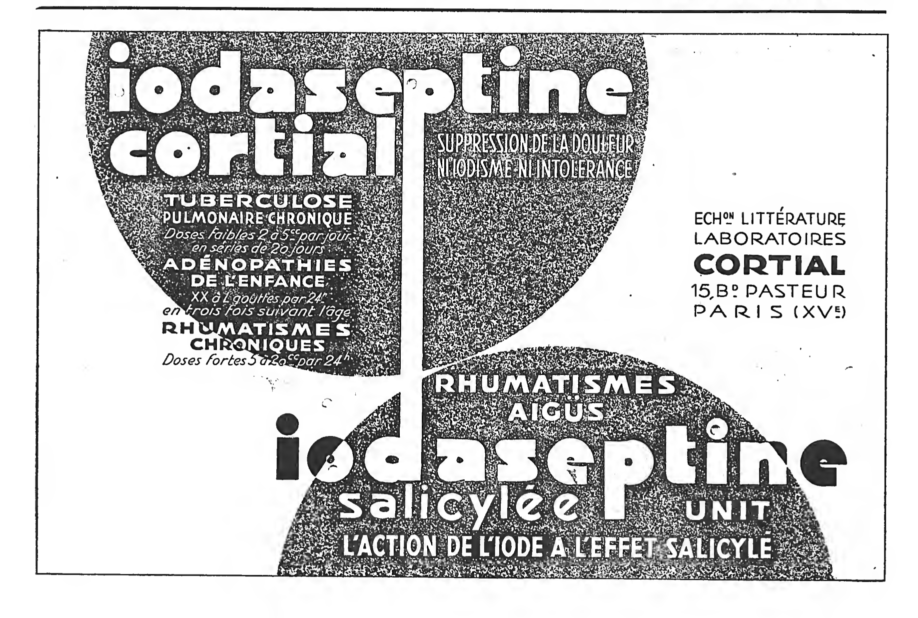
Dans le second groupe, la proportion de réactions positives fut plus forte (38 pour 100), particulièrement parmi les enfants atteints de conjonctivite et de rhumatisme chronique.

Dans le dernier groupe enfin, les résultats furent analogues à ceux du premier, avec cependant une incidence un peu plus faible des réactions positives (18 pour 100).

R. Rivoire.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

C. A. Neymann et **S. L. Asborne.** ***Le traitement de la paralysie générale par une hyperthermie produite par diathermie*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. XCVI, n° 1, 3 Janvier 1931). — Il est actuellement admis presque universellement que l'action de la malariathé-



iodaseptine
cortial
SUPPRESSION DE LA DOULEUR
NI IODISME NI INTOLÉRANCE
TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE
Doses faibles 2 à 5cc par jour en séries de 20 jours
ADÉNOPATHIES
DE L'ENFANCE
XX à L gouttes par 24h en trois fois suivant l'âge
RHUMATISMES
CHRONIQUES
Doses fortes 5 à 20cc par 24h
ECHON LITTÉRATURE
LABORATOIRES
CORTIAL
15, Bd PASTEUR
PARIS (XVe)
RHUMATISMES
AIGÜS
iodaseptine
salicylée
UNIT
L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLÉ

rapie dans la paralysie générale est due à l'hyperthermie seule; aussi de nombreuses méthodes ont été proposées pour produire l'hyperthermie avec moins de dangers que par la technique de l'inoculation malarienne: injections intraveineuses d'albumines étrangères (T.A.B., Dmelcos); injections intra-musculaires d'huile soufrée. Cependant aucune de ces méthodes n'a donné des résultats comparables à ceux de la malariathérapie, sans doute parce qu'il est difficile d'obtenir une hyperthermie durable et contrôlable. La méthode diathermique permet au contraire le contrôle parfait de la température, en même temps qu'elle autorise des accès fébriles de plusieurs heures.

Pour élever la température du corps à un niveau suffisant, des courants de l'ordre de 4.000 milliampères sont nécessaires; il en résulte qu'il faut utiliser un matériel spécial et prendre des précautions pour éviter les brûlures: électrodes immenses, adhérant parfaitement à la peau; courant moins intense au niveau des crêtes iliaques, plus sensibles.

Le patient est couché dans un lit, mais isolé par plusieurs couvertures et un tapis de caoutchouc; les électrodes sont placées soigneusement et on fait passer le courant progressivement pendant quelques heures, en prenant la température du malade tous les quarts d'heure; lorsque celle-ci atteint 39°5, on arrête le courant, car la température continuera à monter de un à deux degrés, à moins que l'on découvre le malade.

La durée moyenne des séances doit être de 5 à 6 heures, deux fois par semaine; il faut environ vingt séances pour une cure.

Ce traitement a été appliqué par N. et A. à 36 malades atteints de paralysie générale parmi lesquels 16 ont été suffisamment améliorés pour pouvoir reprendre leur travail, ce qui est une proportion supérieure à ce que l'on obtient d'ordinaire avec la malaria. Comme avec les autres méthodes, le liquide céphalo-rachidien fut peu modifié par le traitement, et ses modifications ne furent en rien parallèles aux améliorations cliniques.

R. Rivoire.

C. Mazer et **J. Hoffman.** ***Les trois tests hormonaux de la grossesse ; leur valeur clinique ; étude comparative*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. XCVI, n° 1, 3 Janvier 1931). — Les recherches physiologiques de ces dernières années ont conduit à la description de nombreux tests biologiques de la grossesse, basés sur la recherche des différentes hormones génitales dans l'urine ou dans le sang.

Trois de ces tests ont une valeur pratique:

1° La réaction d'Ascheim-Zondek, due à l'hormone hypophysaire, qui fait apparaître une puberté précoce chez la souris femelle.

2° La réaction de Mazer-Hoffman, due à la folliculine, qui fait apparaître l'œstrus chez une souris castrée.

3° La réaction de Siddal, due aux 2 hormones, dans laquelle on injecte à la souris, non pas de l'urine, mais du sérum sanguin.

M. et H. ont vérifié la valeur de ces trois réactions, en faisant systématiquement les trois épreuves dans tous les cas où le diagnostic de grossesse commençante avait été fait cliniquement; chacune de ces réactions s'est montrée inexacte dans environ 25 pour 100 des cas, ce qui montre bien qu'elles ne peuvent être qu'un faible élément de diagnostic.

Plus précisément, la réaction à la folliculine a souvent été négative chez des femmes enceintes: la raison en est que cette hormone n'apparaît que progressivement dans l'urine, la quantité éliminée au début de la grossesse est souvent insuffisante pour servir de base à une réaction biologique.

Quant à la réaction à l'hormone hypophysaire, elle est souvent positive en dehors de la grossesse; les récents travaux de Zondek ont d'ailleurs montré que l'hormone hypophysaire (ou tout au moins l'une des hormones, le Prolan A.) apparaît souvent dans l'urine de femmes non gravides, en particulier dans certains cas d'amménorrhée et à la ménopause.

Cette étude confirme donc ce que beaucoup de physiologistes pensaient déjà: une réaction biologique précise de grossesse ne peut être basée que sur la recherche dans l'urine de la seule hormone qui n'ait jamais pu y être décelée en dehors de la grossesse: c'est-à-dire le « Prolan B » de Zondek, ou hormone hypophysaire de lutéinisation. A ce point de vue, il semble que la réaction de Brouha et Simmonet, qui injectent de l'urine à des rats mâles impubères, soit la plus parfaite, car c'est le Prolan B qui est responsable de l'accroissement considérable des vésicules séminales observé dans cette réaction.

R. Rivoire.

G. Eusterman. ***La syphilis gastrique ; réflexions basées sur 93 cas*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. XCVI, n° 3, 17 Janvier 1931). — La question de la syphilis gastrique est toujours aussi discutée; certains auteurs ne font le diagnostic de cette maladie que lorsqu'ils ont en main la preuve histologique; d'autres considèrent la syphilis de l'estomac comme une maladie relativement fréquente, et font le diagnostic sur un Wassermann positif ou sur une amélioration par un traitement d'épreuve. En réalité, il est très difficile dans l'état actuel de la médecine de baser un diagnostic de syphilis gastrique sur des signes cliniques, et la constatation d'un Wassermann positif ne permet pas d'affirmer que la syphilis est responsable des symptômes gastriques; quant au traitement d'épreuve, il y a longtemps que les dermatologistes ont renoncé à l'utiliser dans un but de diagnostic, étant donné que les médicaments antisyphilitiques améliorent quantité de maladies non spécifiques. Les auteurs de l'article classent pourtant encore parmi la syphilis gastrique des cas où la seule présomption de syphilis consistait en une amélioration légère par le traitement. Parmi les 96 cas étudiés, il y en a cependant un certain nombre où l'examen histologique après gastrectomie a révélé des lésions inflammatoires chroniques analogues à celles observées dans les lésions syphilitiques; malheureusement, tous les anatomo-pathologistes savent combien il est délicat d'affirmer la nature spécifique des lésions inflammatoires chroniques, ce qui rend difficile la différenciation, même histologique, entre gastrite syphilitique et gastrites banales.

R. Rivoire.

Rowntree, Greene, Swingle et **Pfiffner.** ***La maladie d'Addison; essai de traitement avec divers extraits surrénaux*** (*The Journal of the American Medical Association*, t XCVI, n° 4. 24 Janvier 1931). — Swingle et Pfiffner ont réussi récemment à préparer à partir du cortex surrénal une hormone soluble dans l'eau qui permet la survie indéfinie de chiens surrénalectomisés. Rowntree et Greene ont fait à la clinique Mayo l'essai de cette nouvelle hormone, sur plusieurs malades atteints de maladie d'Addison. La préparation, qui est exempte d'adrénaline, fut injectée par voie veineuse à des malades en état de collapsus; dans tous les cas, un résultat remarquable fut obtenu en 48 heures environ, le malade ressuscitant littéralement. Si le traitement n'est pas poursuivi, les symptômes reparaissent en trois ou quatre semaines, pour disparaître à nouveau avec une nouvelle série d'injections. Etant donné la rareté de la préparation, les auteurs n'ont pu jusqu'à présent étudier l'effet des doses continues, tout le médicament disponible étant utilisé pour les cas urgents. D'autre part, les essais sont encore trop récents pour qu'on puisse savoir si l'action du médicament n'est pas seulement temporaire.

Dès maintenant, les résultats obtenus sont cependant suffisants pour qu'on puisse penser que l'hormone de S. et P. est probablement pour la maladie d'Addison l'équivalent de ce qu'est l'insuline pour le diabète. Il n'est certes pas nécessaire d'insister sur l'importance d'une pareille découverte.

R. Rivoire.

S. Kennedy. ***Le diabète sucré héréditaire*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 4, 24 Janv. 1931). — K. rapporte l'histoire intéressante d'une famille où les cas de diabète furent au minimum de 10 en trois générations. A propos de cette observation K. passe en revue les cas de diabète héréditaire publiés. La fréquence de cette hérédité est grande. Plusieurs auteurs ont trouvé cette tendance familiale à la glycosurie dans 25 pour 100 des cas de diabète. Il semble que, suivant les cas, la tendance soit transmise comme caractère dominant ou comme caractère récessif: dans ce dernier cas, la glycosurie n'apparaît que s'il y a rencontre chez le même individu de deux tendances recessives.

R. Rivoire.

F. Traut et **Macfate.** ***L'hyperguanidémie dans la tétanie*** (*Journal of the American Medical Association*, t. XVCI, n° 4, 24 Janvier 1931). — L'étiologie de la tétanie est toujours discutée; la théorie hypocalcémique, presque unanimement admise ces dernières années, est actuellement beaucoup moins en faveur, depuis que l'on a publié de nombreux cas de tétanie avec une calcémie normale ou même augmentée; quant à l'amélioration obtenue par l'administration de calcium, elle peut s'expliquer aisément par l'action dépresive des sels de calcium sur l'excitabilité musculaire; enfin l'existence même de l'hypocalcémie est discutée par quelques auteurs, à cause de l'incertitude des méthodes de dosage. Il en résulte un regain de faveur pour les autres théories étiologiques, en particulier pour celle qui fait jouer le rôle essentiel dans l'apparition de la tétanie à la guanidine, dont le taux serait d'ordinaire fortement augmenté dans le sang des malades atteints de cette affection.

Les auteurs publient en faveur de cette hypothèse une observation de tétanie dans laquelle le taux de la guanidine était constamment élevé, alors que la calcémie était normale. La guanidine a été dosée par la méthode de Pfiffner et Myers.

Pour intéressante que soit cette observation, il est évident que des recherches plus nombreuses sont indispensables avant de pouvoir affirmer le rôle étiologique de la guanidine; en particulier, une étude suffisamment complète des variations physiologiques de la guanidémie.

R. Rivoire.

H. Macnamara. ***Un cas d'empoisonnement par la phénylhydrazine*** (*The Journal of the American Medical Association*, t. XCVI, n° 4, 24 Janv. 1931). — Le chlorhydrate de phynylhydrazine est beaucoup employé en Amérique pour soigner les polyglobulies; cela ne va pas sans quelques accidents, parce que le produit est un poison hémolysant violent, qui s'accumule dans l'organisme, continuant son action plusieurs jours après la suppression du médicament. Il en résulte qu'une anémie intense peut succéder à la polyglobulie lorsque, en l'absence d'une surveillance médicale, le traitement est prolongé trop longtemps. M. rapporte une observation de ce genre, où une anémie grave avec asystolie survint chez une malade qui n'avait pas de polyglobulie vraie, mais simplement un peu de cyanose d'origine cardiaque avec chiffre d'hématies normal. Cette anémie survint avec un traitement d'une semaine à la dose de 10 centigr. La guérison fut lente, mais aucune complication ne survint, notamment aucune thrombose veineuse, accident fréquent au cours du traitement par la phénylhydrazine.

R. Rivoire.

Quick et Hunsberger. *Hyperparathyroïdisme ; tableau clinique à un stade avancé de la maladie* (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 10, 7 Mars 1931). — Q. et H. publient l'observation très intéressante d'un cas extrêmement avancé de maladie osseuse de Recklinghausen, datant de six ans, et s'accompagnant de déformations extraordinaires et multiples, liées à une décalcification complète du squelette et à d'innombrables fractures. Les signes d'hyperfonction parathyroïdienne existaient, notamment de l'hypercalcémie, et la palpation révélait l'existence d'une tumeur grosse comme une olive dans la région du cou. En présence de ces symptômes, une intervention fut pratiquée, qui montra une tumeur parathyroïdienne bien encapsulée ; l'extirpation malheureusement ne fut pas complète, de sorte que la première opération n'amena que des modifications cliniques transitoires. Trois mois plus tard, une seconde intervention montra la présence d'une nouvelle tumeur développée au même endroit que la première ; elle fut cette fois-ci enlevée complètement. Après l'intervention, une chute brusque de la calcémie survint rapidement, et plusieurs crises de tétanie apparurent le quatrième jour, qui furent arrêtées par des injections de chlorure de calcium et par l'administration de vitamine D. Quinze jours après l'opération, la calcémie, qui était tombée à 5 pour 1000 au plus bas, était remontée à 9 pour 1000, et la tétanie avait disparu. Sous l'influence d'un traitement recalcifiant intense, les os ont rapidement commencé à durcir, et la balance du calcium de négative est devenue positive.

L'examen histologique de la tumeur a montré un adénome entièrement cellulaire, dont l'hyperactivité était certaine.

Cette observation est surtout intéressante parce qu'elle montre le tableau ultime de l'hyperparathyroïdie, à un stade plus avancé qu'aucune des observations antérieures.

R. Rivoire.

Alexander Lambert. *Traitement de la morphinomanie* (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 11, 14 Mars 1931). — Une commission municipale new-yorkaise a entrepris l'an dernier une étude systématique de la morphinomanie et de son traitement. Des précautions rigoureuses ont été utilisées pour éviter que les résultats soient viciés par la suggestion. En particulier, une centaine de personnes morphinomanes ont été brusquement sevrées de morphine, pour servir de témoins, mais des injections de solutions exactement similaires ont été continuées. Pour estimer l'action des drogues vantées comme diminuant les symptômes apparaissant après la suppression de la morphine, telles que le narcosan et la scopolamine, on donnait à tous les malades une potion identique, contenant, les unes le produit expérimenté, les autres une substance de goût analogue. Dans ces conditions d'expérimentation rigoureuse, l'action de narcosan et de la scopolamine s'est montrée nulle au minimum, aussi bien sur les symptômes digestifs que sur l'agitation et les douleurs musculaires qui apparaissent constamment après la suppression brusque de la morphine. Par contre, la codéine s'est montrée puissamment active, et c'est avec cette drogue que les cures de désintoxication ont été entreprises, dans les conditions expliquées par l'auteur. On obtient ainsi facilement et sans douleur la suppression de la morphine, mais il faut bien savoir que, dans la plupart des cas, la récidive est habituelle, car la grande majorité des morphinomanes sont des déséquilibrés, des inadaptés, qui ne résistent pas à la tentation. Au contraire, la guérison est habituelle chez les morphinomanes accidentels, qui se sont adonnés à la drogue pour lutter contre une douleur physique, et qui sont psychologiquement sains.

R. Rivoire.

W. B. Carrell. *La ramisection sympathique dans les paralysies spastiques ; ses résultats dans 60 cas* (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 11, 14 Mars 1931.) — L'opération de Royle dans le traitement des contractures paralytiques est très discutée à l'heure actuelle. Carrell apporte ses résultats dans 60 interventions sur des malades atteints d'hémiplégie ou de paraplégie, qui ne sont pas absolument défavorables à la méthode. Cependant, l'amélioration que l'on observe dans la moitié des cas environ ne survient que 12 à 18 mois après l'intervention, à condition de rééduquer le malade par la gymnastique intensive : il y a là évidemment une cause d'erreur importante. D'ailleurs Carrell a essayé de rééditer les expériences de Royle, sur lesquelles ce dernier a basé la théorie du tonus musculaire qui sert de fondement à son opération : les résultats qu'il a observés sont nettement en contradiction avec ceux de Royle, et tendent à dénier au sympathique tout rôle dans le déterminisme du rôle musculaire.

R. Rivoire.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Kesten et Laszlo. *Dermatite par sensibilisation au contact de substances nocives* (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXIII, n° 2, Février 1931). — K. et L. rapportent 21 cas de dermatite aiguë ou subaiguë artificielle ou professionnelle. Dans 18 cas, la recherche des tests fut positive.

Dans 5 cas, la dermite était due à des composés où entrait la paraphénylène-diamine. Dans 1 cas, la substance nocive était le bichromate de soude ; dans 2 cas la novocaïne ; dans 1 cas un antiseptique à base d'iodure de mercure et de potassium. Les plantes qui déterminèrent des dermites furent dans 3 cas la primevère (*Primula obconica*) et dans 4 cas le poison ivy (*Rhus toxicodendron*). Les insecticides à base de pyrèthre ou de fluorure de sodium purent être incriminés dans 2 cas et les cosmétiques dans 3 cas.

Sur les 21 cas, 5 étaient d'origine professionnelle. 4 concernaient des hommes, 2 des enfants et 15 des femmes.

Dans la plupart des cas, cette dermatite artificielle résulte d'une sensibilisation cellulaire locale aux non-protéines spécifiques, acquise par un contact antérieur de la peau avec les substances nocives.

R. Burnier.

Maloney et Bloom. *Calcification cutanée* (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXIII, n° 2. Février 1931). — Après avoir étudié les cas rapportés dans la littérature sous le nom de calcinose cutanée, d'hygromas calcifiés et de concrétions calcaires sous-cutanées, les auteurs rapportent une observation intéressante d'un jeune garçon de 14 ans, atteint de tumeurs calcaires multiples de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané des mains, des coudes et des genoux ; il s'agissait de phosphate de chaux. Le malade avait eu auparavant une angine suivie de néphrite grave et présentait quelques troubles endocriniens. Ce cas se rattache aux cas de calcinose métabolique. La néphrite antérieure pour laquelle le malade garda le lit pendant plusieurs mois a troublé la balance physico-chimique et la solubilité du calcium dans le sang, ce qui a amené le dépôt de calcium dans la peau.

R. Burnier.

Spiegel. *Trouble de la coloration de la peau et des muqueuses ressemblant à de l'argyrie, consécutif à l'emploi de bismuth et de silbersalvarsan* (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XXIII, n° 2. Février 1931). — S. a observé chez un malade syphilitique, qui avait reçu un traitement prolongé par des injections intramusculaires de bismuth et des injections intraveineuses de silbersalvarsan, une coloration gris bleutée de la peau et des muqueuses ressemblant à de l'argyrie.

Les analyses chimiques et spectroscopiques ont montré la présence d'argent dans des fragments de peau biopsiés. Le bismuth ne put être retrouvé chimiquement, mais il put être décelé par le spectroscope.

Cette observation montre que le silbersalvarsan doit être employé avec prudence sous peine de causer une argyrie cutanée ; il convient de ne pas dépasser la dose totale de 8 gr. par série.

R. Burnier.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

B. J. Alpers. *Dégénérescence diffuse progressive de la substance grise du cerveau* (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXV, n° 3, Mars 1931). — La connaissance des nombreuses affections organiques du système nerveux central chez l'enfant est encore assez obscure, c'est pourquoi A. rapporte en détail l'observation anatomo-clinique suivante.

Un enfant de 4 mois, d'un développement apparemment normal, eut à 3 mois des convulsions généralisées, de l'hyperkinésie, des attaques de rigidité généralisées à tout le corps. La vivacité des réflexes patellaires était en dehors de cela le seul signe objectif. L'étiologie était inconnue. Le cerveau qui était mou, comme le fait est fréquent chez l'enfant, montra à l'examen histologique du système nerveux deux ordres de lésions, des altérations de sa structure et des arrêts de son développement. Les premières étaient constituées par des aires de nécrose irradiant dans les régions frontale, pariétale et occipitale, dans le noyau caudé, le putamen, le pallidum, le thalamus et le pont. Plus marquées en certains points que dans d'autres, elles étaient représentées par une vasodilatation et une hyperplasie des capillaires, avec diminution de nombre des cellules nobles, et présence d'astrocytes, de névroglie et de fibroblastes, ainsi que de rares cellules en bâtonnets. La prolifération fibroblastique était modérée par rapport à l'importance de celle de la névroglie. La perte des cellules de l'écorce prédominait dans la troisième couche, et s'étendait en certains points à toute l'écorce. Le processus lésionnel était en tout cas limité à la substance grise. Le retard du développement se manifestait par la présence d'une couche de spongioblastes dans toute la région sous-épendymaire, de cellules géantes au niveau du pôle frontal du ventricule, d'un grand nombre de cellules jeunes, d'astrocytes et d'un manque d'oligodendroglie dans la substance blanche. Les cylindraxes étaient diminués de nombre dans la substance blanche et parfois absents.

A. rapproche son observation de celle de Freedom, qui avait trait à un idiot de 19 ans, athétosique, épileptique et hypertonique avec hyperextensibilité des extrémités, et de celle de Somoza qui avait trait à un enfant de 8 mois, né en état d'asphyxie et qui présentait de l'hyperkinésie, un opisthotonos marqué, et des mouvements choréiformes. Dans ces deux cas les lésions se rapprochaient beaucoup de celles du cas de A., si ce n'est qu'elles étaient plus accentuées, en particulier les aires de nécrose corticale. La localisation exclusive des lésions à la substance grise oppose les cas de ces malades à ceux d'encéphalite périaxile diffuse.

H. Schaeffer.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

J. Markianos. ***Lèpre et virus filtrable*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVI, n° 3, Mars 1931). — M. a fait une série d'études expérimentales sur la lèpre des rats, maladie causée par un bacille acido-résistant tout à fait comparable à celui de Hansen. Il a réussi à mettre en évidence un virus capable de traverser la bougie Chamberland L^2 vérifiée préalablement : le virus contenu dans le filtrat inoculé aux rats dans l'aine droite reproduisit la maladie. La ponction de ces ganglions et l'examen des frottis préparés avec la pulpe ainsi extraite décèlent la présence de bacilles acido-résistants colorés en rouge par la méthode de Ziehl, alors que le filtrat ne contenait aucun germe visible. Les jeunes rats sont plus sensibles que les adultes à l'ultra-virus lépreux. Le développement de l'ultra-virus lépreux se fait à partir du 20° jour pour les tout jeunes animaux et après le second mois pour les rats adultes. Les premières formes de virus que l'on peut mettre en évidence consistent en de très fines granulations colorées en rouge par la méthode de Ziehl, isolées et dispersées sur les frottis. Plus tard, ces granulations deviennent plus nombreuses et se disposant à la file par 2 ou 3 prennent l'aspect d'un bacille granuleux. On peut donc admettre que le stade granulaire fait partie de l'évolution de l'ultra-virus vers le stade bacillaire et la forme granuleuse peut être considérée comme pré-bacillaire.

M. admet que ces constatations sur la lèpre des rats sont valables pour la lèpre humaine et qu'on peut conclure à l'existence d'une forme filtrable du bacille de Hansen.

Robert Clément.

Jean Troisier. ***Transmission au cercocebus de la néphrite subaiguë de l'homme*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVI, n° 3, Mars 1931). — Nombreuses sont chez l'homme les néphrites d'allure primitive dont l'étiologie reste obscure. Parmi elles, T. pense qu'on peut isoler une maladie virulente autonome, néphrite subaiguë à début brusque et à paliers successifs de gravité croissante jusqu'à la mort. Cette maladie virulente est caractérisée cliniquement par un syndrome de néphrite subaiguë (albuminurie, cylindrurie, œdèmes, dyspnée, hypertension artérielle, bruit de galop, neuro-rétinite, azotémie et anémie, sans hypercholestérinémie) et anatomiquement par l'aspect de la néphrite tubéreuse avec lésions histologiques diffuses, subaiguës, épithéliales (altérations de tubuli, cylindres granuleux et leucocytaires) et interstitielles (infiltrats lymphocytaires).

Devant cette affection, on a l'impression clinique que seul un virus peut être responsable des manifestations morbides. T. a cherché à étayer cette hypothèse d'un virus néphrotrope par des recherches expérimentales.

Il prépara une émulsion dans l'eau physiologique d'un fragment de parenchyme rénal, prélevé aseptiquement à l'autopsie d'un malade ayant présenté le syndrome typique d'une néphrite subaiguë évolutive. Après décantation, l'émulsion fut inoculée par voie intra-péritonéale à un singe mangabey (*cercocebus fuliginosus*). L'injection fut admirablement tolérée pendant les premiers jours, puis l'animal devint morne et immobile; à partir du 6° jour, les urines présentèrent des traces d'albumine et des cylindres granuleux. Il n'y eut pas d'œdèmes, mais on put constater des trémulations musculaires. L'inappétence était absolue. Le singe moribond, hyperthermique fut sacrifié au 8° jour, et l'autopsie permit de constater les lésions rénales diffuses d'une néphrite aiguë bilatérale. Un deuxième singe fut inoculé dans le péritoine avec une émulsion de parenchyme rénal du premier; vers le 4° jour, il tomba malade, présenta des soubresauts musculaires et de l'albuminurie, mais il guérit après une dizaine de jours.

On peut donc transmettre au singe une néphrite subaiguë et reproduire chez lui l'azotémie, l'albuminurie, la cylindrurie et les lésions rénales diffuses de la néprite humaine.

Robert Clément.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

P. Nobécourt. ***Le rapport du périmètre thoracique à la taille des enfants et des jeunes gens de haute stature*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIV, n° 19, 7 Mars 1931). — L'étude des mensurations du périmètre thoracique chez 103 garçons et 112 filles âgés de 1 à 20 ans permet d'étudier le rapport du périmètre thoracique à la taille des sujets de haute stature en comparaison des rapports moyens des sujets de même âge et des rapports moyens des sujets plus âgés présentant des tailles correspondantes.

Les rapports $\frac{Pt}{T}$ des enfants et des jeunes gens de haute stature sont le plus souvent chez les garçons (83 fois pour 100), dans près de la moitié des cas chez les filles (48 fois pour 100) conformes aux rapports moyens de l'âge.

Des rapports supérieurs aux moyennes de l'âge n'ont été rencontrés que chez les garçons et d'une façon exceptionnelle (2,9 fois sur 100).

Les rapports inférieurs aux moyennes de l'âge sont assez rares chez les garçons (13,5 fois sur 100), un peu plus fréquents chez les filles (51,7 fois sur 100). La réduction sur la moyenne est comprise entre 0,05 et 0,119. Chez les garçons, la réduction la plus forte sur la moyenne a été de 0,100; chez les filles, on a trouvé 7 fois de 0,100 à 0,119. Ces fortes réductions ne se rencontrent que chez des filles dont les périmètres thoraciques sont inférieurs au périmètre moyen de l'âge.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

L. Langeron. ***Le cholestéatome du cerveau*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 268, 5 Mars 1931). — Les cholestéatomes n'ont qu'un trait commun : la présence abondante à leur intérieur de cristaux de cholestérine; ce sont des formations très disparates par leur siège, leurs caractères objectifs et leur structure histologique. Le dépôt de cholestérine peut n'être que secondaire, il peut se produire sur une tumeur de nature endothéliale ou épithéliale, il peut être primitif et se faire sur une formation pseudo-inflammatoire ; il ne s'agit pas toujours d'une véritable néoplasie.

Le cholestéatome peut s'observer en différents points du corps. Au niveau du cerveau, il est rare et ne constitue que 0,22 à 1,3 pour 100 des tumeurs cérébrales. Il ne possède aucune expression clinique propre et se traduit par les signes des tumeurs cérébrales en général. 7 observations anatomo-cliniques montrent bien le polymorphisme symptomatique de ces formations pathologiques qui tiennent leurs caractéristiques cliniques du lieu où elles se développent et se présentent en définitive avec des manifestations ponto-cérébelleuses, visuelles, hypophysaires, méningo-cérébrales, etc., extrêmement variables. Seuls, la diffusion des symptômes et leur mode atypique de groupement peuvent faire penser à un processus pathologique étendu et progressif et suspecter l'existence d'un cholestéatome.

Le plus souvent, le diagnostic est une constatation opératoire ou nécropsique.

Le traitement ne peut être que chirurgical. Indications opératoires et techniques sont celles des tumeurs cérébrales. En présence de cette tumeur d'aspect perlé, il est bon de recourir systématiquement à l'usage de la curette qui permettra seule d'enlever ces tumeurs mollasses et inconsistantes. Les résultats ne semblent pas jusqu'ici très satisfaisants, probablement en raison de l'existence de prolongements impossibles à atteindre et des récidives. L'intérêt de cette affection est donc surtout d'ordre anatomique.

Robert Clément.

Ch. Garin, J. Rousset et **B. Gonthier.** ***Le tétrachlorure d'éthylène, vermifuge de choix des porteurs d'ankylostomes*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 268, 5 Mars 1931). — De Février à Novembre 1930, 271 porteurs d'ankylostomes ont été traités par divers vermifuges; chez 106 fut employé le tétrachlorure d'éthylène à la dose de 3 à 5 gr. par jour pendant 3 jours consécutifs. Les résultats obtenus ont été rigoureusement contrôlés:

Le tamisage de toutes les selles émises pendant la cure et après la purgation terminale a permis de compter les vers expulsés. Sur les 106 mineurs traités, 103 ont expulsé de 1 à 115 ankylostomes, 12 ont expulsé en outre d'autres parasites: ascaris, trichocéphale.

Un mois environ après le traitement, la recherche des œufs de parasites a été faite par examen microscopique des selles après enrichissement. Sur 80 sujets ainsi contrôlés, 66 n'expulsaient plus d'œufs. Le traitement par le tétrachlorure d'éthylène donne donc une proportion de 82,5 pour 100 de succès, résultat bien supérieur à celui obtenu avec les autres vermifuges, notamment le thymol.

Aucun sujet traité n'a présenté de symptômes alarmants. Quelques porteurs d'ankylostomes ont accusé immédiatement après l'ingestion des capsules une sensation d'ébriété et de vertiges. Les analyses quotidiennes d'urine n'ont jamais décelé d'albumine.

Le médicament s'élimine partiellement par les urines qui prennent souvent une teinte rose orangé. Le médicament n'a été employé chez aucun taré, ni chez les cardio-hépatiques.

Robert Clément.

Devic, Perron et **Rougier.** ***Quelques essais d'un nouveau médicament des syndromes striés: l'Harmine*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 268, 5 Mars 1931). — D., P. et R. ont contrôlé l'action de l'harmine, alcaloïde tiré du *Pebanum Harmala*, plante herbacée commune de l'Asie occidentale et de l'Afrique du Nord, dans les syndromes striés. Les résultats obtenus ont été variables. Par voie buccale, des doses de 0 gr. 04 à 0 gr. 05 par jour ont produit une amélioration nette dans un cas de spasme de torsion, alors qu'elles ont complètement échoué dans une tentative de traitement de syndrome parkinsonien.

En injection sous-cutanée, à la dose de 0 gr. 02, exceptionnellement à la dose de 0 gr. 03, on a obtenu de bons résultats dans 2 cas d'état figé post-encéphalitique pour lesquels le mode d'action apparut presque opposé. Chez la première malade, effet rapide, immédiat, à la première injection, laissant la malade très raide, très asthénique. L'action favorable ne durait que 5 à


VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE
PAR LE
PROPIDEX

6 heures et, en attendant l'injection du lendemain, la malade privée de toute thérapeutique était dans un état extrêmement pénible. En associant alors le datura à l'harmine, on a obtenu pour la malade un bien-être qu'elle avait oublié depuis longtemps et qu'elle n'a pas retrouvé en la laissant au traitement par le datura seul. Dans la deuxième observation, les premières injections n'amenèrent qu'un résultat médiocre, puis l'amélioration s'est confirmée et a persisté plusieurs semaines. Dans un troisième cas, la médication a complètement échoué.

Les phénomènes désagréables ont été très atténués: la sensation de chaleur qui suit l'injection est plutôt agréable; les vertiges ont été légers, jamais très gênants, une malade a accusé des visions colorées, une autre, des hallucinations auditives.

L'harmine ne semble pas pouvoir prétendre supplanter les traitements actuels, mais, associée à ceux-ci, elle les renforce et produit une amélioration plus considérable.

Robert Clément.

LE SUD MÉDICAL ET CHIRURGICAL
(Marseille)

Cassoute. *La séro-résistance de certaines diphtéries actuelles* (*Le Sud Médical et Chirurgical*, tome LXVII, n° 2116, 15 Février 1931). — Dans la diphtérie, il y a des séro-résistances relatives pour lesquelles de très fortes doses de sérum finissent par agir et des séro-résistances complètes, absolues où le malade meurt malgré l'injection de plusieurs centaines de centimètres cubes de sérum. Ces faits sont devenus beaucoup plus fréquents dans les grandes villes, plus particulièrement dans les services hospitaliers.

Durant les mois et les années qui suivirent les premières applications de sérum antidiphtérique, on put s'émerveiller de la remarquable efficacité de cette thérapeutique: dans les diphtéries communes la première injection produisait le détachement des fausses membranes, il était rare qu'on fût obligé de faire les trois injections; dans les diphtéries malignes, on dépassait rarement 80 centimètres cubes en 4 ou 5 injections séparées de 24 à 48 heures.

Depuis, on a augmenté considérablement les doses et, malgré cela, les résultats sont moins favorables.

Dans sa statistique, C. observe qu'au cours des 4 ou 5 dernières années, la diphtérie a augmenté de fréquence et de gravité. Il est entré dans son service 43 diphtéries en 1922, 45 en 1923, 41 en 1924, 97 en 1925, 110 en 1926, 143 en 1928, 181 en 1929, 183 en 1930.

En 1922 on note 2 pour 100 de diphtéries malignes, 1,25 pour 100 en 1923, 2.43 pour 100 en 1924, 4,03 pour 100 en 1925, 2,73 pour 100 en 1926, 7,58 pour 100 en 1928, 6,07 pour 100 en 1929, 8,74 pour 100 en 1930.

Il ne semble pas que la gravité des cas et le peu d'action du sérum soient dus au retard apporté au traitement; les malades n'étaient pas amenés plus tôt à l'hôpital, il y a quelques années, bien au contraire, et des diphtéries soignées précocement n'en ont pas moins été malignes.

Le génie épidémique de la diphtérie s'est transformé, la maladie s'est aggravée depuis 4 à 5 ans, mais il est probable aussi que le sérum n'est plus aussi parfaitement adapté qu'autrefois aux cas que nous avons actuellement à traiter. On a incriminé l'emploi d'une toxine américaine datant de 1894. De nombreux auteurs, avec le professeur Bordet, pensent que l'injection d'anatoxine aux chevaux ne donne pas un sérum aussi actif que l'injection de toxine intacte. Des constatations cliniques semblent démontrer que des sérums à la fois antitoxiques et antimicrobiens ont une activité plus grande que les sérums simplement antitoxiques. L'efficacité thérapeutique moindre du sérum purifié qui contient cependant une quantité d'antitoxines presque double de celle des sérums ordinaires corrobore cette opinion. Enfin, l'emploi des sérums concentrés semble avoir quelques avantages, ne serait-ce qu'au point de vue commodité des injections chez les jeunes enfants.

La malignité de la diphtérie, sa séro-résistance est une raison de plus d'intensifier la vaccination antidiphtérique: un seul cas de diphtérie a été observé chez un vacciné et a rapidement guéri.

Robert Clément.

MINERVA MEDICA
(Turin)

A. Turco. *Sur un cas d'embolectomie artérielle* (*Minerva Medica*, 22e année, tome I, n° 4, 27 Janvier 1931). — A propos d'un cas personnel, T. fait une étude d'ensemble des embolies artérielles et de leur traitement chirurgical; leur diagnostic est en général évident; cependant lorsqu'il s'agit de petites embolies, la symptomatologie se constitue par degrés et la confusion avec une thrombose par artérite est possible. Le diagnostic du siège est parfois difficile, il faut se rappeler que l'embolus est souvent plus haut qu'on ne le pense d'après les signes cliniques, et qu'il s'arrête de préférence à une bifurcation; les embolies étagées ne sont pas rares. La meilleure technique est celle de Carrel; il est nécessaire d'employer un matériel très fin enduit de substances anticoagulantes; il importe de ne pas fragmenter l'embolus lors de son extraction. Le pronostic dépend de l'état général, — il est plus grave chez les cardiaques décompensés, — et surtout de la précocité de l'intervention; après 15 à 20 heures, le rétablissement de la circulation est rare, du fait de la thrombose secondaire qui oblitère les collatérales et des altérations de l'endartère.

T. est intervenu pour une embolie de l'humérale chez une femme de 27 ans atteinte d'endocardite septique; l'intervention faite au bout de 2 heures sous anesthésie locale fut remarquablement facile; le soulagement fut immédiat, mais le pouls radial ne fut perçu qu'au bout de 4 heures; T. attribue ce retard, qui aurait pu faire croire à l'existence d'un deuxième embolus, à la parésie des vaso-moteurs, conséquence du traumatisme opératoire, analogue à celle que l'on observe après sympathectomie péri-artérielle.

L. Rouquès.

C. Cipriani et A. Robecchi. *Recherches sur les modifications de la pression et de quelques constantes sanguines sous l'influence des diverses modalités d'application de boues* (*Minerva Medica*, 22e année, tome I, n° 7, 17 Février 1931). — Les applications de boue produisent des réactions vasculaires diffuses que la simple observation clinique suffit à mettre en évidence: sensation de chaleur générale, rougeur de la peau, sudation, tachycardie... Au cours de recherches effectuées aux thermes d'Acqui, C. et R. ont constaté qu'il s'y ajoute un abaissement de la pression artérielle portant surtout sur la maxima; il est plus marqué chez les hypertendus que chez les sujets normaux et persiste dans le premier cas entre les applications, si bien qu'à la fin de la cure la pression est nettement diminuée. La baisse de la tension, assez variable suivant les individus, peut s'observer quel que soit le siège de l'application; cependant les applications lombaires sont souvent les plus actives; l'épreuve de la diurèse provoquée ne montre que rarement une élévation du taux des urines, mais cela tient peut-être à la sudation simultanée. Les déterminations du taux des protéines sériques et les numérations globulaires faites en série montrent, dans quelques cas, une dilution du sérum suivie d'une phase de concentration, en rapport avec les disponibilités en eau des tissus et la perte d'eau résultant de la sudation. Il n'y a pas de variations importantes du rapport $\frac{K}{Ca}$ ou de la glycémie.

Ces modifications produites par les applications de boue sont d'interprétation difficile, néanmoins elles sont à retenir et constituent un aspect intéressant de la fangothérapie.

L. Rouquès.

L. Tommasi. *Les dermatoses allergiques (l'expérience de la clinique dermatologique de Sienne)* (*Minerva Medica*, 22e année, tome I, n° 7, 17 Février 1931). — T. rappelle brièvement les nombreux cas de dermatoses allergiques observées à la clinique de Sienne, dont la plupart ont déjà fait l'objet de travaux de ses collaborateurs. Il envisage ensuite le rôle du terrain dans l'allergie et plus spécialement celui de l'hyperuricémie dans l'eczéma. Il ne croit pas que l'existence d'une hypersensibilité spécifique directe de type allergique à l'acide urique soit actuellement démontrée; mais il n'en conclut pas, comme certains auteurs, que tout ou partie des dermatoses attribuées autrefois à des troubles des échanges ne sont que des dermatoses par hypersensibilité à des allergènes exogènes. En effet, si la preuve expérimentale d'un pouvoir allergique de l'acide urique manque, cela ne permet pas d'en déduire la même impossibilité en clinique, d'autant plus qu'il y a peut-être hypersensibilité à des produits intermédiaires mal connus. Parler de valeur normale de l'uricémie lorsque le chiffre trouvé est compris entre les limites physiologiques lui paraît inexact; il est indispensable de prendre en considération l'« hyperuricémie relative »; la rétention d'une certaine quantité d'acide urique est indifféremment bien tolérée ou productrice de troubles suivant les sujets et cela pour les valeurs qui dépassent la limite supérieure normale, comme pour celles qui s'en rapprochent sans l'atteindre.

S'il est incontestable que certains des eczémas dits hyperuricémiques relèvent en réalité d'hypersensibilité à des allergènes exogènes, il ne faut pas perdre de vue que certaines intoxications et infections peuvent révéler ou entretenir des hypersensibilités à des allergènes qui seraient bien tolérées en leur absence; les états constitutionnels, les diathèses des anciens auteurs, l'insuffisance des émonctoires ont une très grande importance théorique et thérapeutique et leur influence s'ajoute au point de vue pathogénique à celle de l'hypersensibilité. D'autre part, la peau s'habitue facilement à réagir suivant un type déterminé et cette « habitude réactive acquise » explique la persistance de manifestations cutanées alors que l'influence des allergènes ne se fait plus sentir.

L. Rouquès.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA
(Florence)

E. Bracaloni. *Déformations des mains dans le parkinsonisme post-encéphalitique* (*Rivista di Clinica Medica*, XXXIe année, n° 23, 15 Décembre 1930). — B. a observé une jeune fille de 15 ans, présentant depuis 3 années un arrêt du développement intellectuel et un syndrome parkinsonien fruste, chez qui, depuis deux ans, des déformations des mains évoluent progressivement et sans douleurs. Les 2es phalanges sont obligatoirement fléchies à angle obtus sur les 1res, les 3es dans l'axe des 2es, avec un certain degré d'hyperextension; les 1res phalanges sont mobiles sur les métacarpiens, mais sont habituellement tenues dans une attitude d'hyperextension légère; les quatre derniers doigts présentent ces déformations et, de plus, les médius sont déviés vers le bord cubital

de la main; on peut réduire en grande partie l'attitude anormale sans provoquer de douleur et, au cours des tentatives, on sent les tendons fléchisseurs se tendre; il n'y a pas de troubles trophiques cutanés ou ostéo-articulaires.

Ces déformations sont certainement à mettre en rapport avec le syndrome parkinsonien et 7 observations plus ou moins comparables existent dans la littérature. L'attitude anormale ne semble pas dépendre dans le cas de B. d'une contracture des muscles, mais plutôt d'une rétraction des tendons d'ordre trophique. Il est probable que ce trouble trophique relève de la lésion des noyaux gris centraux déjà responsable du syndrome parkinsonien. Contrairement à ce qui a été soutenu, B. estime qu'il n'y a pas de rapport entre ces déformations et la gravité du syndrome parkinsonien, car sa malade n'en présente qu'une forme bénigne.

L. Rouquès.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

F. Leeser et J. Simson. ***Contribution à l'étude du « rhumatisme endocrinien »*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 3, 16 Janvier 1931). — L. et S. se sont appliqués à rechercher, sur 38 cas de «rhumatisme endocrinien», c'est-à-dire d'affections chroniques articulaires observées chez des malades atteints de troubles endocriniens (troubles menstruels, ménopause, acromégalie, gigantisme, syndrome adiposo-génital, syndrome addisonien, etc), les particularités cliniques et radiologiques qui permettraient de l'individualiser.

Leurs conclusions sont tout à fait négatives. La statistique détaillée des différents éléments de leurs observations (caractère familial des arthrites, topographies des articulations lésées, intervention des facteurs statiques, étiologie professionnelle, antécédents pathologiques, examens hématologiques et biochimiques, métabolisme basal et action spécifique-dyamique, enfin évolution clinique) ne met en valeur aucun trait commun à ces divers cas de rhumatisme chronique, ni rien qui les différencie nettement des rhumatismes chroniques d'origine infectieux. Il en est de même des lésions, dans 2 cas dont L. et S. ont fait l'autopsie.

Les résultats des traitements opothérapiques ont été très variables. L'opothérapie ovarienne a été appliquée chez 10 malades. Il y a eu amélioration franche chez 6 de ces malades; 2 autres n'ont été améliorés que d'une manière passagère; les 2 derniers n'ont pas été modifiés par le traitement.

Dans 5 observations, une hyperthyroïdie associée a été traitée par l'iode, le phosphore, la galvanisation du corps thyroïde; le traitement a amélioré l'hyperthyroïdie, mais non les arthrites chroniques.

Dans un cas de rhumatisme chronique associé à un myxœdème fruste, le traitement thyroïdien n'a déterminé qu'une amélioration passagère; chez les obèses, le même traitement a fait baisser le poids, mais n'a pas fait modifier les arthrites.

Umber a décrit un type radiographique spécial du rhumatisme endocrinien: épaississement des parties molles préarticulaires, puis déviations articulaires par rétraction cicatricielle et atrophie osseuse globale. Munk attribue, au contraire, au rhumatisme endocrinien des lésions radiographiques toutes différentes: épaississements des capsules articulaires, puis ulcération des cartilages et des surfaces osseuses.

L. et S. n'ont trouvé le type Munk que dans 2 cas, et encore d'une manière partielle seulement dans l'un de ces cas. Le type Umber existait dans 5 observations. Dans 11 cas, il s'agissait d'arthropathie déformante. Dans 9 autres, il n'y avait aucune lésion radiographique. 2 observations sont relatées, dans lesquelles les lésions étaient celles de l'ostéochondrite disséquante. Müller a rapporté un cas analogue.

Les épaississements capsulaires, que Munk a signalés sur les faces latérales des articulations phalangiennes, se rencontraient surtout, — en dehors même de tout rhumatisme chronique, — chez les sujets qui exercent un dur métier manuel.

L. et S. pensent que le facteur endocrinien joue un rôle dans l'étiologie des rhumatismes chroniques, mais qu'il s'agit seulement d'un facteur prédisposant, au milieu de beaucoup d'autres, et qu'il n'a aucune influence spécifique sur le type anatomique et évolutif des lésions articulaires.

J. Mouzon.

Nissen. ***L'action du soja sur la sécrétion gastrique*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 3, 16 Janvier 1931). — Berczeller a réussi, récemment, à débarrasser la farine de soja de la saveur amère qui avait jusqu'à présent empêché de l'employer d'une manière courante dans l'alimentation. La farine préparée sur ses indications est une poudre jaunâtre, de saveur douce, rappelant un peu l'amande, mais elle n'a d'une farine que les apparences, car sa constitution est très différente de celle de toutes les farines: albumines 41 pour 100; graisses 20 pour 100; hydrates de carbone 20 pour 100. La valeur de combustion atteint environ 4.400 calories par kg. Or, les albumines du soja contiennent précisément, en quantités importantes, les acides aminés dont l'importance biologique est la plus grande: cystine, lysine, tryptophane, leucine, tyrosine (la proline faisant défaut, comme l'ont montré Spörer et Kaphammer).

Des essais de Baumgarten, chez l'animal et chez l'homme, ont montré que la farine de soja était bien tolérée, assurait un bilan azoté positif et un accroissement du poids.

N. a cherché à déterminer quelle était son action sur l'estomac.

Il étudiait la sécrétion gastrique de sujets soumis au repas d'épreuve à la caféine (0,20 pour 300). Le lendemain, après évacuation du contenu gastrique à jeun, il administrait à ces sujets 25 grammes de bouillie de soja dans 100 cmc d'eau; puis il étudiait, par des prélèvements de 10 minutes en 10 minutes, l'évolution de la sécrétion gastrique et de son acidité virtuelle (par titration à l'aide de la lessive de soude en présence d'indicateur coloré) et actuelle par détermination du pH à l'aide du violet de méthyle, selon la méthode de Sahli.

La sécrétion gastrique, après ingestion de soja, n'est pas exagérée, non plus que son acidité; cette dernière est généralement plus faible après repas au soja qu'après repas à la caféine. Les courbes d'acidité redescendent vers la 70e ou la 80e minute après le repas au soja. Mais il est intéressant de noter que les 3 courbes (titration en présence de phénolphtaléine, — titration en présence de diméthylamidoazobenzol, — détermination du pH du violet de méthyle), à peu près superposables après le repas à la caféine, s'écartent fortement l'une de l'autre après le repas au soja: les plus gros chiffres, de beaucoup, sont donnés par le titrage de la phénolphtaléine, — les plus bas par le violet de méthyle.

La motilité gastrique n'est pas troublée non plus par le repas au soja: l'évacuation gastrique se fait en 80 à 120 minutes; elle est suivie, pendant 20 à 30 minutes, d'une sécrétion gastrique, qui, ne dépassant pas 5 à 20 cmc, n'a rien d'exagéré.

Ces travaux viennent à l'appui de l'opinion de von Noorden, qui recommandait la farine de soja, à cause de sa haute valeur alimentaire, dans le régime des malades atteints d'ulcères de l'estomac.

J. Mouzon.

H. Kalk. ***Etude de la sécrétion gastrique après ingestion de substances riches en protéines*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 3, 16 Janvier 1931). — Ce travail émane, comme le précédent, de la clinique du professeur von Bergmann, à Berlin. Il relate les différents faits qui marquent la bonne tolérance de l'estomac à l'égard du soja: ce dernier ne provoque pas de sécrétion chlorhydrique exagérée; il est rapidement dissocié, rapidement évacué, et il ne déclenche pas d'hypersécrétion à vide consécutive.

Mais il insiste plus particulièrement sur les conditions particulières dans lesquelles peut être dosée l'acidité du contenu gastrique, après ingestion de soja. Des courbes indiquent les modifications du pH au cours de la neutralisation du contenu gastrique par la lessive de soude.

S'il s'agit d'une sécrétion gastrique provoquée par un repas à l'alcool ou à la caféine, le virage du diméthylamidoazobenzol, puis celui de la phénolphtaléine, se succèdent à un intervalle très bref, pour une différence d'acidité qui se mesure par 2,5 degrés seulement. L'alcalinisation se produit en effet assez brusquement, le passage d'un pH inférieur à 3 à un pH supérieur à 11 se faisant par une ascension presque verticale.

Au contraire, si la sécrétion gastrique a été provoquée par le soja, l'alcalinisation se produit beaucoup plus lentement, par une ligne obliquement ascendante. Le virage du diméthylamidoazobenzol se faisant toujours au voisinage du pH 3, et celui de la phénolphtaléine ne se produisant que beaucoup plus tard, pour un pH de 8,4, la différence d'acidité entre les deux points de virage atteint 85°: alors que 3,3 de lessive de soude suffisent pour le premier virage, il en faut plus de 10 pour le second. Cette particularité tient à ce que le titrage se fait en présence d'albumines, qui, au-dessous du point iso-électrique (pH 6,5), fixent l'acidité, mais, au-dessus de ce point, fixent les bases. En pareil cas, le virage du diméthylamidoazobenzol, qui se fait en milieu acide, garde sa valeur; mais le virage de la phénolphtaléine, qui se produit en milieu franchement alcalin, dépend non seulement de l'acidité virtuelle, mais aussi du taux et de la qualité des albumines, et du taux du chlore combiné.

J. Mouzon.

MUNCHENER
MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Borst, Doderlein et Gostimirovic. ***Etudes de physiologie sexuelle.*** — **D. Gostimirovic.** ***Réaction de gravidité chez la souris mâle juvénile, par mise en évidence du lobe antérieur d'hypophyse dans les urines*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 11, 13 Mars 1931). — La réaction d'Aschheim-Zondek repose sur la mise en évidence dans les urines de la femme enceinte d'une hormone sexuelle hypophysaire susceptible de déterminer des modifications ovariennes spécifiques chez l'animal témoin. Plus récemment l'influence de cette hormone sur la souris mâle juvénile a été mise en évidence, mais cet animal ne réagit pas seulement positivement lors de l'injection d'urines de femme enceinte, mais aussi dans d'autres formes d'aménorrhées alors que les femelles présentent des réactions différentes suivant la cause de l'interruption des règles.

Brouha et Simonnet emploient les mâles juvéniles en leur injectant durant six à dix jours les urines à examiner et en examinant leurs testicules qui grossissent lorsque la réaction est positive.

G. a établi un procédé différent qui aurait l'avantage d'être plus rapidement réalisable (en 100 heures).

L'injection à la souris mâle juvénile d'urines de femmes aménorrhéiques ou non, mais pas enceintes, c'est-à-dire d'urines ne contenant pas le prolan A,

ne détermine aucune réaction. Le résultat est le même après concentration de l'hormone et son injection.

Les urines de femmes enceintes qui éliminent à la fois le prolan A et B déterminent au contraire une réaction constamment positive même par injection de l'hormone isolée et concentrée.

Dès la centième heure cette hormone isolée permet de déterminer des modifications caractéristiques ausi bien chez l'animal femelle que chez le mâle juvénile.

Une communication plus détaillée ultérieure fournira des indications techniques utilisables.

G. Dreyfus-Sée.

O. Schlesinger. ***Les modifications de la réaction de sédimentation des globules rouges, au cours des affections du foie et des voies biliaires s'accompagnant d'ictère*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 11, 13 Mars 1931). — L'étude de la réaction de sédimentation des globules rouges dans diverses maladies du foie et des voies biliaires avec ictère peut fournir des notions utilisables pour le diagnostic et le pronostic de ces affections. L'interprétation des résultats n'est possible cependant qu'en tenant compte des diverses notions cliniques qui restent prédominantes.

Au cours d'un ictère catarrhal, la constatation d'un temps de sédimentation très prolongé fait admettre avec vraisemblance la notion d'ictère mécanique et restreindre considérablement le rôle des phénomènes inflammatoires dans sa production.

Si le temps de sédimentation est raccourci, on peut admettre ou bien l'intervention d'un processus pathologique surajouté susceptible d'accélérer la sédimentation globulaire, ou bien, si nul autre processus n'intervient, l'existence de facteurs inflammatoires plus intenses que les signes cliniques ne permettaient de le soupçonner.

De même au cours de cholélithiase ou de cholécystite, les modifications du temps de sédimentation interprétées en tenant compte des éléments fournis par la clinique peuvent être utilisées pour le diagnostic.

Enfin lorsque l'ictère accompagne une tumeur maligne non décelable cliniquement, il y a constamment une notable accélération de la durée de sédimentation des érythrocytes, et cette constatation peut être d'un précieux appoint au diagnostic.

G. Dreyfus-Sée.

C. Reitter et E. Löwenstein. ***Rhumatisme articulaire aigu et bacillémie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 12, 20 Mars 1931). — La mise en évidence du bacille tuberculeux dans le sang des rhumatisants aigus à l'aide de la technique de Löwenstein a pu être réalisée dans 22 cas sur 27 observés. Parmi les premiers cas publiés en Septembre 1930 se trouvait une malade qui est décédée récemment des progrès de son affection. L'autopsie a mis en évidence certaines notions importantes: on a trouvé deux foyers ganglionnaires tuberculeux, l'un médiastinal, l'autre mésentérique, présentant des lésions à 2 stades évolutifs différents, l'un ancien, l'autre plus récent.

Au cours de l'évolution aiguë articulaire et cardiaque, deux hémocultures avaient mis en évidence le bacille, alors que, ultérieurement, lors de la période de décompensation cardiaque sans signes de poussée évolutive, le sang était stérile.

Cliniquement, ni radiologiquement, la tuberculose ne s'était manifestée par nul symptôme. Si rien ne permet encore d'affirmer les relations étiologiques du rhumatisme articulaire et de la tuberculose, ces cas cliniques et anatomo-pathologiques apportent cependant un appoint important à l'hypothèse d'une forme de tuberculose aiguë inflammatoire et à son rôle dans le déterminisme des phénomènes polyarticulaires infectieux.

L'auteur insiste d'ailleurs sur la nécessité de ne tenir compte que des résultats nettement positifs, avec bacillémie réelle, et d'éliminer les formes anormales, granulations, formes atypiques, ultra-virus, etc. Ces formes intéressantes au point de vue bactériologique, dans leurs rapports avec le bacille de Koch, sont encore insuffisamment démonstratives dans l'état actuel des choses.

G. Dreyfus-Sée.

R. Lichtenstern. ***Bacillémie au cours de la tuberculose urogénitale*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 12, 20 Mars 1931). — Il est actuellement classique de rechercher les bacilles de Koch dans les urines des sujets suspects de tuberculose uro-génitale et, même après intervention chirurgicale, le malade ne sera considéré comme guéri que si ses urines ne contiennent plus de germes spécifiques.

Ce procédé de contrôle et de diagnostic classique serait encore insuffisant, car il a été possible à L. de mettre en évidence le bacille dans le sang de sujets dont les urines étaient stériles.

Ainsi après néphrectomie les poussées fébriles transitoires fréquemment observées seraient dues à une bacillémie passagère. Certaines fistules urinaires secondaires aux interventions sur rein tuberculeux donnent issue à un liquide ne contenant pas de bacille de Koch. Il en est de même des fistules persistant après ablation de testicule tuberculeux. Et cependant dans tous ces cas la bacillémie peut être mise en évidence, montrant la persistance de l'infection. Dans quelques observations on note la cicatrisation de la fistule correspondant à la disparition du bacille dans le sang.

L'importance de ces recherches systématiques et répétées est donc considérable chez tous les sujets atteints de tuberculose du système urogénital.

G. Dreyfus-Sée.

W. Fürst. ***Radiothérapie et lésions sanguines*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 13, 27 Mars 1931). — De nombreux travaux ont insisté sur les lésions sanguines déterminées par les rayons X, et on a publié des courbes montrant la chute globulaire et leucocytaire après irradiation et justifiant de longues et fréquentes interruptions de cette thérapeutique. Ces lésions hématologiques étaient, en effet, attribuées aux doses de rayons employées et à la durée des irradiations.

Selon F. ces chutes globulaires sont dues en réalité non pas aux rayons utiles mais à la quantité des rayons irradiant dans la salle, rayons inutiles, directs ou indirects émanés de l'ampoule et que de bons appareils de protection peuvent facilement arrêter. A l'aide de ces dispositifs de filtration ne laissant passer que le rayonnement utile F. a fait plusieurs centaines de traitements en vérifiant fréquemment l'état du sang et a observé des courbes hématologiques quasi normales, et, en tout cas, très différentes de celles publiées antérieurement.

G. Dreyfus-Sée.

THERAPIE der GEGENWART
(Berlin)

C. von Noorden. ***Le régime en zigzag*** (*Therapie der Gegenwart*, tome LXXII, n° 1, Janvier 1931). — V. N. désigne, sous ce nom, un régime réglé de manière appropriée pour telle ou telle maladie, mais coupé, à intervalles réguliers, par des « jours de repos », dans lesquels l'alimentation est tout à fait différente de l'alimentation habituelle.

La plus ancienne application de cette méthode est la prescription des « jours de légumes », que v. N. recommande depuis 1898, qu'il impose encore à tous ses diabétiques, une ou deux fois par semaine, avec des détails qui varient un peu selon les cas individuels.

Chez les obèses, il institue des jours de cure de Karrell au lait, ou des jours de fruits. En répétant ces cures une ou deux fois par semaine, on peut permettre au malade, les autres jours, le régime qu'il voudra.

Chez les goutteux, la cure doit se renouveler 2 ou 3 fois par semaine: les jours de cure, l'alimentation ne doit pas contenir du tout de graines. Chez les néphritiques, la cure hypoazotée et déchlorurée pourra être conseillée dans les mêmes conditions.

Dans l'insuffisance cardiaque, chez les hypertendus, dans « toutes les formes d'œdème », v. N. recommande des jours sans sel, où le régime déchloruré est tout à fait strict; mais, dans l'intervalle, il permet de 5 à 8 gr. de sel par jour, ce qui sauvegarde l'appétit des malades, et facilite la préparation de leur cuisine et le choix de leurs menus.

Dans les affections gastriques, intestinales ou hépatiques, des prescriptions du même ordre trouvent leurs indications. C'est ainsi que, chez les hyperchlorhydriques, le régime végétarien habituel gagne à être coupé de « jours de viande » ou de « jours de poisson ». Dans la convalescence des ulcères gastriques, il est recommandable d'instituer, pendant deux ou trois ans, des cures semestrielles de 10 à 20 jours, pendant lesquelles on reprend le repos au lit et l'alimentation liquide ou semi-liquide.

Dans les dyspepsies nerveuses, chez les phobiques, la prescription d'un jour de régime normal par semaine permet de s'acheminer facilement vers une alimentation de plus en plus riche, de plus en plus variée, et de faire abandonner peu à peu ses restrictions au phobique.

Même chez les sujets bien portants, il est souvent bon, — conformément aux préceptes de nombreuses religions, — de renoncer de temps en temps à l'alimentation habituelle, pour suivre un régime tout différent: alimentation végétarienne chez les personnes habituées à un régime fortement carné; alimentation carnée chez les végétariens.

J. Mouzon.

G. Klemperer. ***Influence de l'hypnose sur les hémorragies graves dans la diathèse hémorragique*** (*Therapie der Gegenwart*, tome LXXII, n° 1, Janvier 1931). — K. rapporte succinctement 4 observations de diathèses hémorragiques accompagnées de thrombopénie, qu'il a traitées par la splénectomie ou par l'irradiation splénique. L'action de la splénectomie n'a été complète et durable que dans un de ces cas; elle ne s'est maintenue que quelques mois chez deux autres malades. L'irradiation splénique a été très efficace dans deux cas, mais, si la guérison paraît définitive dans l'un d'eux, elle ne s'est maintenue qu'un an et demi dans l'autre.

La numération des plaquettes montre que l'abondance de ces éléments n'est pas toujours, — loin de là, — en rapport avec le syndrome hémorragique. La splénectomie ou l'irradiation splénique ont plusieurs fois arrêté les hémorragies sans déterminer d'élévation du chiffre des plaquettes. K. est persuadé, comme Morawitz, que, dans beaucoup de cas de diathèses hémorragiques, le mécanisme pathogénique n'est pas tant lié aux altérations du sang lui-même qu'à celles des capillaires: il s'agirait de « capillaropathies » ou de « toxicoses capillaires ».

Or, ces états pathologiques des capillaires sont soumis à l'influence des nerfs vaso-moteurs, et on peut s'expliquer que des états psychiques puissent agir sur des hémorragies de cet ordre. K. rappelle les stigmates des hystériques, les métrorragies d'origine névropathique qui surviennent à l'époque de la ménopause, le rôle des chocs émotifs sur le rythme et sur l'abondance des règles.

Ces idées ont amené K. à essayer l'action de la suggestion hypnotique sur les ménorragies de la ménopause, puis sur les « hématuries des reins sains ». Il a obtenu des succès. Plus récemment,

il a repris ce procédé chez deux malades atteintes de purpura hémorragique.

L'une d'elles, traitée successivement par la splénectomie, par l'irradiation splénique, par la transfusion sanguine et par la natéine, continuait à présenter des hémorragies utérines de plus en plus abondantes, accompagnées de grandes douleurs. Après 25 séances d'hypnotisme, les douleurs disparurent, puis les règles redevinrent normales d'abondance et de rythme. Le résultat se maintient depuis 4 mois. Mais, entre temps, la malade a fait un séjour en haute montagne.

L'autre malade était enceinte de 6 mois, et présentait des hématuries, sans que l'examen permît de déceler la moindre lésion rénale. Le chiffre des plaquettes était de 12.000. Les hématuries persistaient malgré une transfusion. K. pratiqua 5 séances d'hypnotisme. L'hypnose complète ne put être obtenue qu'à la troisième séance. Après la quatrième séance, les hématuries diminuèrent pendant 3 mictions, puis elles reprirent. Après la cinquième séance, les urines redevinrent claires, mais la malade fut perdue de vue à ce moment.

J. Mouzon.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

F. Lasch et **A. Müller-Deham.** ***Recherches expérimentales sur la fonction du système nerveux végétatif dans un âge avancé*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIX, nos 5-6, Décembre 1930). — L. et M. ont étudié les réactions pharmacologiques à l'adrénaline, à la pilocarpine et à l'atropine chez 24 vieillards âgés de 60 à 91 ans.

Ils ont retrouvé tous les types de réactions décrits de la sympathicotonie jusqu'à la vagotonie la plus nette. L'importance des réactions est la même qu'à toutes les autres périodes de la vie.

Cependant on doit noter que la courbe de la pression du sang est diphasique après l'adrénaline (abaissement après élévation initiale) et que la bradycardie initiale provoquée par la pilocarpine est bien marquée. Chez ces sujets, les effets du vague sont particulièrement marqués et l'adrénaline a une action très fugitive. En somme, l'effet sympathique serait de moindre durée. Par contre, la sensibilité du vague est entièrement conservée et domine chez les vieillards.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Schoen. ***Néphrite bilatérale chronique pyélogène*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIX, n° 5-6, Décembre 1930). — Parmi les affections rénales bilatérales, les formes pyélogènes ascendantes jouent, d'après S., un rôle plus important qu'on ne l'admet d'ordinaire. Mais le diagnostic en est difficile. Ces formes ont d'ailleurs été décrites, comme S. le rappelle, par Oberling, Secrétan, etc., mais jusqu'ici, en Allemagne, on s'en est assez peu occupé.

C'est la stase dans les voies urinaires qui est la cause la plus fréquente des inflammations du bassinet qui retentissent sur les reins. En pareil cas, le tableau clinique est celui, tantôt d'une néphrite chronique et de l'urémie, tantôt de la pyélonéphrite avec poussées aiguës. Sur un total de 50 cas de néphrites chroniques ascendantes l'écoulement de l'urine était gêné dans plus de la moitié des cas. Le diagnostic de ces états est naturellement donné par le pyélogramme. Mais il arrive souvent que les lésions de stase ou d'infection ascendante observées soient associées à d'autres lésions d'origine hématogène ou artérioscléreuse.

Par contre, la néphrite chronique double par infection des voies urinaires s'observe assez rarement quand il n'y a pas stase urinaire. Parmi les malades de ce genre observés par S., on distingue 2 groupes : celui des pyélonéphrites aiguës avec nombreuses poussées s'observant fréquemment chez les diabétiques et également représenté dans les deux sexes. Il s'agit alors de pyélonéphrite récidivante. L'autre forme est insidieuse et c'est celle à laquelle S. donne le nom de néphrite pyélogène chronique. Elle se rencontre exclusivement chez les femmes.

Parmi les observations reproduites citons celle d'une femme de 33 ans qui souffre depuis quelques années de cystite légère avec coli et albumine dans l'urine. Depuis 6 mois, elle éprouve de la soif, des vomissements, de la céphalée, de la polyurie. A l'entrée, on constate une infection chronique des reins avec hypertrophie cardiaque et pression artérielle dépassant 200 mm. La température est parfois subfébrile. On observe quelques hémorragies rétiniennes ; l'azote restant atteint 70 milligr. ; le pouvoir de dilution du rein va jusqu'à une densité de 1001 tandis que le pouvoir de concentration ne va que jusqu'à 1012 ; pas de cystite bien marquée ; le pyélogramme montre une légère dilatation de la partie rénale du bassinet ; 8 mois plus tard une hémiplégie emporte la malade. L'autopsie permet de faire le diagnostic du rein scléreux bilatéral pyélogène sans symptôme d'inflammation récente. La voie suivie par le processus infectieux est marquée par de larges bandes scléreuses dans les interstices de la moelle rénale.

Le diagnostic de ces néphrites chroniques pyélogènes résulte d'abord de l'anamnèse. On constate souvent de nombreuses grossesses dans l'histoire de la malade. Les signes cliniques sont ceux d'une insuffisance progressive du rein avec pouvoir de dilution conservé. On trouve des coli dans l'urine et on observe de petites poussées de température. Le bassinet est quelquefois un peu élargi. La palpation du rein est un peu douloureuse.

On est souvent amené à se demander, étant donné la fréquence avec laquelle les voies urinaires sont infectées chez la femme, s'il n'y a pas combinaison avec une néphrite vasculaire ou hématogène. Une observation de S. montre qu'il n'est pas toujours possible d'en décider. La combinaison avec le diabète s'observe parfois.

Le diagnostic anatomique n'est pas non plus facile à poser. Dans toute urémie on trouve en effet des modifications inflammatoires de la muqueuse. Le tableau clinique peut également être modifié par des lésions artérioscléreuses ou la production d'abcès hématogènes ou de lésions toxiques.

P.-E. Morhardt.

Chr. Kroetz. ***Les formes de dyspnée. I. — Dyspnée cardiaque*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXIX, n° 5-6, Décembre 1930). — Il existe d'après K. plusieurs formes de dyspnée cardiaque. Le tableau clinique varie dans une certaine mesure avec la pathogénèse de la dyspnée. Pour caractériser les diverses formes de dyspnée K. a déterminé une série de données sur la respiration et la circulation, ainsi que sur O^2, CO^2, la réserve alcaline du sang, etc. Il a étudié ainsi un ensemble de 26 malades qui se répartissent assez naturellement en 4 groupes. Dans un premier groupe de 12 malades la pression de CO^2 dans le sang artériel est inférieure à la normale, la réserve alcaline est normale et l'alcalinité du sang inférieure à la normale. Dans ce groupe il faut admettre que la dyspnée est due à une accumulation d'acide dans le centre respiratoire par suite d'un manque local d'oxygène.

Dans un second groupe le CO^2 du sang artériel est abaissé, la réserve alcaline est très diminuée et la réaction du sang déplacée vers l'acidité. Il y a accumulation d'acides non volatils et plus spécialement d'acide lactique dans le sang par suite d'une insuffisance générale d'oxygène.

Dans un autre groupe de 6 malades le CO^2 du sang artériel est augmenté, la réserve alcaline également. La dyspnée est alors due simplement à la rétention de CO^2 dans le sang.

Dans un dernier groupe de 4 malades le CO^2 du sang artériel est également augmenté, la réserve alcaline est normale ou faiblement diminuée. Il s'agit d'une forme mixte entre les deux groupes précédents.

L'insuffisance d'oxygène apparaît quand le sang lui-même est insuffisamment saturé par cette substance soit que les alvéoles ne soient pas assez aérées, soit que l'oxygène rencontre une paroi alvéolaire difficilement perméable. C'est un point sur lequel K. a eu maintes fois l'occasion d'attirer l'attention dans ces dernières années.

Ces troubles des échanges d'oxygène au niveau des poumons constituent un des signes les plus précoces de la stase pulmonaire. Tandis que normalement, pour une chute barométrique de 250 mm., la diminution de la saturation du sang artériel par l'oxygène n'atteint que 2 à 4 pour 100, par contre, chez ces malades, cette diminution atteint 5 à 10 pour 100. Plus tard seulement apparaissent des troubles dans la diffusion de l'acide carbonique. Cette modification dans la perméabilité des alvéoles peut être due à un début de stase dans la circulation pulmonaire ou encore à des modifications de cette paroi sous l'influence d'une acidose locale.

L'insuffisance d'oxygène peut être également conséquence de l'anémie ou encore de l'ischémie par diminution de la circulation totale ou de la circulation locale. En cas de décompensation progressive le facteur ischémique peut prendre la prépondérance s'il n'existe pas de stase pulmonaire trop grave.

La thérapeutique par l'oxygène est rationnelle. Elle agit favorablement sur les phénomènes subjectifs, aide à vaincre l'imperméabilité des alvéoles et augmente le débit par pulsations.

P.-E. Morhardt.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Knoepfelmacher et **Stross.** ***Prévention de la rougeole*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 7, 13 Février 1931). — De nombreux procédés ont été mis en œuvre afin de réduire la gravité de la rougeole ; par analogie avec la variolisation, on a pratiqué la morbillisation à l'aide de produits divers (sang, larmes, mucus nasal). Mais l'inconvénient de cette pratique est de constituer autour de l'enfant inoculé, et qui, lui, fera une rougole atténuée, un foyer épidémique.

Hiraishi et Okamoto, d'une part, Debré et Joannon d'autre part, ont obtenu une immunisation active à l'aide d'injection de petites quantités de sang de rougeoleux. Hermann immunise le nourrisson avant qu'il soit apte à contracter la rougeole et sur 75 enfants ainsi prémunis, 70 observés pendant 4 à 8 ans restent indemnes.

Au principe de l'immunité active a été substitué celui de l'immunité passive, le sang d'un sujet convalescent ayant la propriété soit d'atténuer la maladie, soit de la supprimer.

C'est dans la semaine qui suit l'apyrexie que le sang du convalescent contient le maximum d'anticorps, mais il est probable que chaque fois qu'un sujet immunisé se trouve en contact avec des rougeoleux, il se produit chez lui un renforcement temporaire de l'immunité.

K. et S. ont injecté à des donneurs volontaires ou professionnels 10 cmc de sang frais de rougeoleux à trois reprises et à 15 jours d'intervalle entre chaque injection. Une semaine après, on soustrait une certaine quantité de sang au donneur ainsi préparé et le sérum obtenu de cette façon est utilisé dans la prophylaxie de la rougeole, cette méthode ayant l'avantage de mettre à la disposition du médecin d'importantes provisions de sérum. Il y eut immunisation nette dans 64 à 72 pour 100 des cas, les variations de la teneur du sang en anticorps semblant varier suivant le jour de la soustraction.

G. Basch.

Baar et **Benedict.** ***Prévention de la rougeole*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 7, 13 Février 1931). — B. et B. exposent leur méthode d'immunisation à l'aide de sérum d'adulte réactivé. Devant les résultats si différents qu'ils ont obtenus dans deux séries d'essais, B. et B. examinent le principe de leur méthode.

1° Est-il possible de réactiver le sérum d'adulte?

2° Ce but est-il atteint par le moyen de l'injection de sang virulent?

Tout d'abord, il y a lieu de noter que l'injection prémunisante à l'aide de sang d'un adulte non préparé se révèle efficace dans la moitié des cas environ. Sans doute dans ces cas s'agit-il de personnes de l'entourage, dont le sang a été réactivé par le voisinage du petit malade. Il semble aussi que le sang des médecins ou des infirmières soit plus actif, ce qui constitue autant de faits en faveur de l'opinion de B.

Des expériences comparatives auxquelles se sont livrés les auteurs il apparaît que le sang réactivé est plus efficace que le sang d'adulte normal et agit sous un plus faible volume.

Il est difficile de trancher la question en tablant sur la rougeole expérimentale du cobaye, tous les signes considérés comme caractéristiques pouvant manquer et les injections de sang humain occasionnant chez le cobaye des phénomènes de choc.

Il y a lieu également d'envisager les aptitudes variables des différents sangs d'adulte à créer des anticorps; on obvie à ces difficultés en mélangeant le sang de plusieurs donneurs.

De nombreux tableaux joints à cet article montrent les résultats généralement satisfaisants de la méthode pourvu qu'elle soit employée assez précocement, dans les quatre premiers jours de l'incubation, et que l'on injecte d'assez fortes quantités de sérum, de 15 à 20 cmc suivant l'âge.

G. Basch.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

(Chicago)

S. Hirshfeld, H. T. Hyman et **J. J. Wanger.** ***Influence de la rapidité des injections intraveineuses sur les réactions qu'elles déterminent*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVII, n° 2, Février 1931). — L'introduction rapide dans les veines de substances chimiques, actives ou inertes, de médicaments ou de liquides biologiques, donne lieu souvent à des manifestations non spécifiques, immédiates ou lointaines, parfois graves, et même mortelles.

H., H. et W étudient ici les accidents qui suivent l'introduction rapide dans la circulation de substances relativement inoffensives et très variées. Toute molécule semble capable de les provoquer.

Les réactions surviennent dans les 40 à 60 minutes qui suivent l'injection. Très variables, elles consistent en salivation, vomissements, diarrhée, dyspnée, atonie musculaire ou convulsions. Les traits les plus caractéristiques sont les modifications sanguines (incoagulabilité du sang et chute de la pression artérielle) et les troubles respiratoires (dyspnée, apnée et parfois collapsus du poumon ou bronchospasme pouvant aboutir à la mort).

Le volume du liquide injecté n'a pas l'importance qu'on a prétendu. La réaction à la masse de liquide injectée se traduit seulement par une légère élévation de la pression sanguine et une tachycardie modérée. L'anesthésie de l'animal, la température du liquide, la production de produits de désintégration des albuminoïdes, la concentration des solutions ne jouent qu'un rôle insignifiant.

H., H. et W. ont cherché à localiser l'origine de ces réactions. Ils ont pu éliminer l'intervention du vague, du cœur, d'un bouleversement de l'équilibre acido-basique du sang. L'incoagulabilité du sang suggérait le rôle possible du foie dans ces phénomènes de choc. De fait, après extirpation du foie, ils ne s'observent plus. La cellule hépatique doit donc intervenir dans la genèse de ces troubles. Il est possible que, lésée, elle libère de l'histamine, donnant lieu au syndrome décrit. Etudiant les rapports qui existent entre cette réaction et les manifestations anaphylactoïdes, les crises nitritoïdes, certaines réactions consécutives à la transfusion, ils concluent que ces phénomènes peuvent dépendre d'un choc résultant de la rapidité des injections pratiquées. En tout cas, ils ressemblent de près aux accidents déclanchés par les injections intraveineuses rapides et ont pour point de départ commun la cellule hépatique.

Les pharmacologistes doivent bien connaître ces réactions dont l'ignorance pourrait conduire à de graves erreurs d'interprétation.

Elles peuvent expliquer certaines morts subites succédant chez l'homme aux injections intraveineuses et en particulier à la transfusion.

Par contre, l'injection intraveineuse lente permet d'introduire sans incident de grosses quantités de liquides et d'agents très variés. Des produits toxiques, tels que l'histamine, peuvent même être introduits impunément, surtout si l'injection est intermittente. L'injection intraveineuse lente permet en clinique d'administrer des quantités de substances actives (gomme, glycose, sérums, etc.) sans avoir à craindre de réactions, anaphylactique ou autres du même genre.

P.-L. Marie.

J. Bordley. ***Réactions à forme urémique consécutives à la transfusion sanguine*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVII, n° 2, Février 1931). — Les réactions immédiates consécutives à la transfusion sont bien connues; on en a distingué 3 types: réactions d'incompatibilité, réactions citratées, réactions allergiques. Mais les réactions tardives et prolongées le sont beaucoup moins, bien qu'elles ne semblent pas rares.

B. a pu en rassembler 17 cas dont 3 personnels.

D'ordinaire le tableau clinique est très caractéristique: immédiatement après la transfusion se produit une poussée de fièvre, suivie fréquemment d'hémoglobinurie et constamment de la suppression des urines. Puis quelques jours (1 à 8) s'écoulent pendant lesquels les symptômes s'amendent tandis que l'oligurie persiste. Enfin, après cet intervalle, les symptômes caractéristiques de la réaction tardive se déroulent rapidement. Ils débutent d'ordinaire par de l'agitation ou de la somnolence et se manifestent bientôt par un syndrome urémique tranché, accompagné d'azotémie considérable. Des œdèmes, des convulsions et du coma peuvent survenir. On note parfois du purpura.

Sur 17 malades, 11 sont morts au milieu de phénomènes urémiques. Parmi les 6 qui survécurent, 2 avaient présenté du coma. La guérison est marquée par une abondante diurèse. Elle est survenue dans un cas après décapsulation du rein.

A l'autopsie les reins sont volumineux. Les lésions rappellent beaucoup celles de la néphrite du sublimé. Les cellules de l'épithélium des tubes sont atteintes d'une nécrose intense; elles renferment, surtout celles des tubes collecteurs, de nombreux débris de pigment brunâtre. Les lumières des tubes sont remplies de cellules variées plus ou moins altérées et de pigment sanguin. On trouve d'ordinaire de petits foyers de nécrose dans le foie.

La cause de ces réactions tardives semble bien avoir été la transfusion d'un sang incompatible, entraînant à sa suite des lésions rénales et l'urémie.

B. discute les diverses interprétations pathogéniques possibles: blocage mécanique des tubuli aboutissant à la suppression fonctionnelle du rein; sensibilité du rein à certaines substances contenues dans le sang injecté et réaction anaphylactique locale; trouble intense du métabolisme consécutif à la réaction immédiate provoquée par la transfusion et aboutissant à l'atteinte du rein; libération de substances toxiques contenues dans le sang incompatible au moment de la transfusion, substances qui lèsent gravement le tissu rénal qui devient incapable de remplir ses fonctions. B. penche en faveur de cette dernière hypothèse.

P.-L. Marie.

I. M. Rabinowitch, A. F. Fowler et **B. A. Watson.** ***L'acidité gastrique dans le diabète sucré*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVII, n° 3, Mars 1931). — Bowen et Aaron ont déjà signalé une tendance à l'anachlorhydrie dans le diabète; ils ont même soutenu qu'il y avait un rapport entre la gravité du diabète et l'absence de l'acidité gastrique.

R., F. et W. ont repris l'étude de cette question chez 100 diabétiques, plus ou moins gravement atteints et d'âge varié, mais indemnes de troubles gastriques. Ils ont trouvé une absence complète de HCl libre dans 39 pour 100 des cas et un taux inférieur à la normale chez plus de la moitié des malades. L'acidité totale était également diminuée dans 59 pour 100 des cas.

Le taux de l'acidité n'est en rapport ni avec la durée du diabète, ni avec la gravité de la maladie, ni avec l'âge des sujets, si l'on tient compte du fait que l'acidité diminue normalement à mesure que l'âge augmente.

En admettant que l'on rencontre de l'anachlorhydrie chez 20 pour 100 des individus normaux, comme le disent Bennet et Ryle, on voit que l'acidité gastrique tend bien à s'abaisser chez les diabétiques.

P.-L. Marie.

H. N. Harkins. ***Granulocytopénie et angine agranulocytaire suivies de guérison*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVII, n° 3, Mars 1931). — H. relate 8 cas de granulocytopénie, ce terme englobant certains cas atypiques d'agranulocytose, dont 4 semblent bien être une angine agranulocytaire. Leur intérêt réside dans ce fait que 4 cas, dont 3 angines agranulocytaires, ont guéri et que le sang a pu parfois être étudié avant le développement de la maladie.

On a déjà signalé une vingtaine de guérisons; la mortalité se trouve ainsi ramenée à 62 pour 100. On connaît d'autre part 6 cas dans lesquels le sang était anormal avant l'apparition de l'épisode mortel.

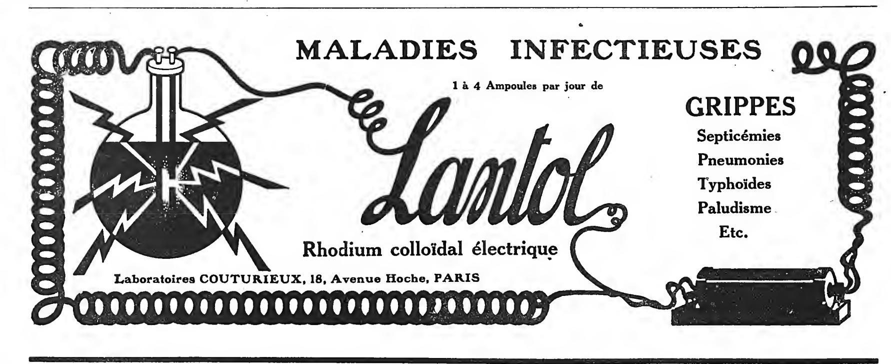
Chez 2 des malades de H. l'affection se développa à la suite d'une extraction dentaire.

Une granulocytopénie modérée précéda dans un cas le début de l'angine agranulocytaire. Le fait a déjà été signalé.

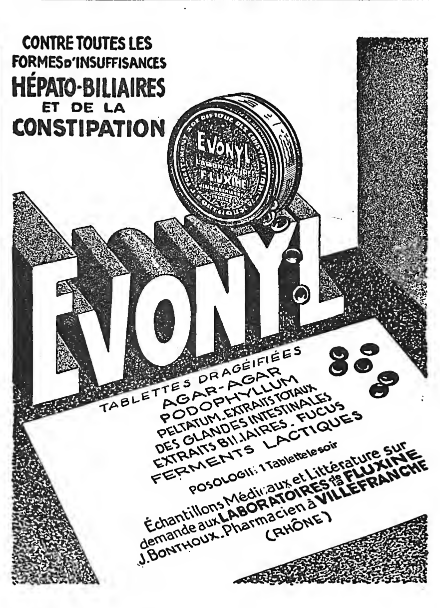
Dans un cas la mort survint à la suite d'une récidive comme dans diverses autres observations publiées.

Fait intéressant, il existait des ulcérations de la muqueuse iléale et colique chez un des malades. La présence de ces ulcérations extra-buccales déjà signalée, l'apparition des ulcérations dans certains cas alors que la granulocytopénie existe déjà, le développement d'ulcérations buccales à la période terminale de l'anémie aplastique et de diverses affections où il existe de la granulopénie, semblent indiquer qu'à la base de l'angine agranulocytaire se trouve une défectuosité constitutionnelle de la moelle osseuse.

Dans 2 des cas relatés par H. le diagnostic d'angine agranulocytaire reste douteux, car les trois types d'éléments de la moelle osseuse (granulocytes, plaquettes, hématies) étaient touchés et il existait une tendance hémorragique. La formule


MALADIES INFECTIEUSES
1 à 4 Ampoules par jour de
Lantol
Rhodium colloïdal électrique
GRIPPES
Septicémies
Pneumonies
Typhoïdes
Paludisme
Etc.
Laboratoires COUTURIEUX, 18, Avenue Hoche, PARIS


OPOBYL


CONTRE TOUTES LES
FORMES D'INSUFFISANCES
HÉPATO-BILIAIRES
ET DE LA
CONSTIPATION
EVONYL
FLUXINE
EVONYL
TABLETTES DRAGÉIFIÉES
AGAR-AGAR
PODOPHYLLUM
PELTATUM. EXTRAITS TOTAUX
DES GLANDES INTESTINALES
EXTRAITS BILIAIRES. FUCUS
FERMENTS LACTIQUES
POSOLOGIE: 1 Tablette le soir
Échantillons Médicaux et Littérature sur
demande aux LABORATOIRES de la FLUXINE
J. BONTHOUX. Pharmacien à VILLEFRANCHE
(RHÔNE)

sanguine se rapprochait de celle de l'anémie aplastique. Cette affection peut offrir de grandes difficultés diagnostiques en pareil cas.

Chez 2 des malades qui guérirent on avait employé un extrait hépatique. Un autre patient dont l'observation est mentionnée en appendice, guérit après avoir reçu une transfusion faite avec le sang d'un malade récemment guéri d'une agranulocytose.

P.-L. Marie.

C. S. Keefer, Chi Shih Yang et **K. K. Huang.** ***Anémie associée à la dysenterie chronique*** (*Archives of internal Medicine,* tome XLVII, n° 3, Mars 1931). — K., C. et H. ont été frappés de rencontrer les particularités considérées comme caractéristiques de l'anémie pernicieuse chez un groupe de 16 malades atteints de dysenterie bacillaire chronique, c'est-à-dire remontant à plus de deux mois. En effet, ils ont constaté de l'atrophie des papilles linguales, des modifications du système nerveux (sclérose combinée et névrite périphérique), de l'anachlorhydrie chez plusieurs et des altérations sanguines : anémie constante allant de 600.000 à 3.000.000, généralement autour de 2.000.000 avec augmentation de la valeur globulaire dans plusieurs cas, variations de la taille des globules rouges, avec un diamètre moyen compris entre 6 µ 4 et 8 µ 5, parfois hématies nucléées. De plus, cette anémie réagit à l'administration d'extrait hépatique par une poussée de réticulocytes. Elle guérit plus ou moins rapidement sous l'influence, tantôt de l'hépatothérapie, tantôt des ferrugineux, tantôt d'un régime approprié, ce dernier jouant un rôle extrêmement important.

Quant à la cause de cette anémie, 3 facteurs peuvent être invoqués: 1° les troubles de nutrition, la plupart des malades ayant une alimentation habituelle très défectueuse et présentant parfois des symptômes de carence alimentaire (pellagre, kératomalacie, œdèmes), l'anachlorhydrie et la diarrhée chronique intervenant de leur côté pour altérer les conditions de la nutrition; 2° les hémorragies intestinales qui n'ont jamais été abondantes, mais qui ont pu jouer un rôle adjuvant dans la production de l'anémie; 3° l'infection dysentérique elle-même dont la part est difficile à préciser.

K., C. et H. attribuent le rôle capital aux troubles de la nutrition liés au régime alimentaire et à la diarrhée chronique. Ils pensent que leurs observations viennent appuyer l'hypothèse que les diverses particularités cliniques rencontrées dans l'anémie pernicieuse, telles l'atrophie des papilles de la langue, les symptômes nerveux, etc., relèvent d'un trouble lié à une carence. Chez leurs malades, il semble qu'il y ait eu impossibilité de se procurer une quantité suffisante d'une substance essentielle existant seulement en petite quantité dans l'alimentation. L'anachlorhydrie paraît jouer un rôle important dans la production de l'anémie, mais qui n'est toutefois qu'adjuvant, puisque la plupart des malades avaient une sécrétion gastrique acide.

P.-L. Marie.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

D. M. Lyon, D. M. Dunlop et **C. P. Stewart.** ***L'effet des régimes acides et des régimes alcalins dans la néphrite chronique*** (*Edinburgh medical Journal,* tome XXXVIII, n° 2, Février 1931). — Bright avait déjà reconnu l'influence favorable du régime alcalin dans la maladie qui porte son nom ; il avait noté la diminution de l'albuminurie. Depuis, divers cliniciens ont fait des constatations analogues. Expérimentalement Sansum a montré que les herbivores à urine normalement alcaline finissent par présenter de l'albuminurie avec une alimentation très acide, en même temps que l'urée sanguine augmente, que la réserve alcaline diminue et que la pression sanguine s'élève. La quantité de protéines du régime n'est pas en cause, car un régime renfermant le même taux de protéines, mais à caractère fortement basique (soja), ne détermine pas d'altérations néphritiques.

Il existe bon nombre de constatations tant cliniques qu'expérimentales qui indiquent que les régimes générateurs d'acide peuvent intervenir dans la genèse de la néphrite, sans qu'on puisse préciser le mécanisme de l'action nocive de l'acide ni de l'effet bienfaisant des alcalins.

Déjà Sansum et Blatherwick, ayant constaté dans les antécédents de leurs hypertendus et de leurs néphritiques azotémiques la prédominance très marquée des aliments générateurs d'acide, leur ont prescrit une alimentation basique et ont observé une amélioration clinique frappante dans la majorité des cas: diminution de la pression, des cylindres et de l'albuminurie.

De leur côté, L., D. et S. ont soumis une série de malades atteints de néphrite azotémique successivement pendant 8 jours à un régime fortement alcalin (légumes verts, pommes de terre, fruits, lait, fromages), à un régime fortement acide (viande, poisson, œufs, pain), enfin à un régime riche en purines (foie, rognons), le chimisme sanguin et urinaire étant étudié de près. Dans tous ces régimes la quantité de protéines était équivalente.

Les effets fâcheux de l'alimentation fortement acide et du régime riche en purines furent si accusés qu'il fallut les cesser bientôt. Par contre, l'alimentation très alcaline produisit toujours une amélioration très notable, se traduisant par l'atténuation de la céphalée, la diminution de l'albuminurie, des cylindres et de l'azotémie, l'augmentation de la réserve alcaline. La diurèse ne s'accrut pas en général. Les patients qui continuèrent à suivre ce régime, une fois rentrés chez eux, virent leur amélioration s'accentuer encore et la pression sanguine diminuer.

L., D. et S. ont essayé de se rendre compte de l'influence de la composition des différentes protéines entrant dans ces régimes. Dans ce but, tout en conservant les mêmes protéines que dans le régime fortement acide, ils ont donné aux malades des quantités d'alcalins suffisantes pour rendre leur urine alcaline, ou bien ils ont acidifié les patients soumis au régime fortement basique. Les résultats obtenus indiquent que le caractère acide ou basique du régime joue un rôle bien plus grand que la composition des protéines utilisées.

P.-L. Marie.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

(Varsovie)

J. Pinczewski et **M. Wolff.** ***Manifestations atypiques au cours des polynévrites*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, tome VIII, nos 7, 8, 9 et 10, des 12, 19 et 26 Janvier et du 5 Mars 1931). — P. et W. réunissent quatre observations de polynévrites ayant une symptomatologie et une évolution atypiques. Dans deux cas l'étiologie de la maladie était incertaine. Deux fois également P. et W. ont observé une évolution à rechutes. Dans tous ces quatre cas les auteurs ont observé des tremblements fibrillaires qui présentèrent une intensité particulière chez deux de ces malades. Deux fois également ils constatèrent l'existence de mouvements involontaires ayant des caractères athétosiques.

Ces tableaux inaccoutumés de polynévrites témoignent en faveur de l'existence de lésions dépassant la sphère des nerfs périphériques et plaident en faveur d'une localisation centrale, surtout médullaire. Les preuves anatomiques paraissent même plus probantes que les manifestations cliniques. L'observation de faits analogues a fait supposer à Stewart F. Gringer que la polynévrite ne doit pas être considérée comme une atteinte du nerf périphérique mais de tout le neurone périphérique. Kinnier Wilson a même proposé de remplacer le terme de polynévrite par celui de neuronitis ou de polyneuronitis.

Il semble que l'intronisation de ce terme soit justifiée. Bien qu'il ne corresponde pas d'une façon parfaite à la symptomatologie clinique, il s'accorde pleinement avec l'ensemble du processus pathogène.

Cependant il faut ajouter que le processus infectieux peut gagner d'autres foyers centraux et se localiser au cerveau, d'où possibilité de manifestations psychiques, de signes extrapyramidaux et autres.

Il semble que la question des polynévrites envisagée sous cet angle bénéficierait d'une révision complète.

Fribourg-Blanc.

VRATCHEBNOIE DELO

(Kharkov)

V. V. Ackerman. ***Les variations du calcium et du potassium dans le sérum des asthmatiques*** (*Vratchébnoïé Délo*, t. XIII, n° 18, 1930). — Les analyses du sang, afin d'examiner sa teneur en calcium et en potassium, ont été entreprises chez 12 asthmatiques à l'aide de la méthode de Kramer et Tisdall dont le travail a été publié dans le *Journ. of biol. Chemistry*, 1922, p. 241. La prise de sang a été faite, en général, à jeun, sauf dans le cas où il s'agissait de procéder, à l'improviste, au moment de l'accès même.

D'une façon générale, l'on observe, chez tous les malades atteints d'asthme, une diminution nette du taux du calcium, suivie parfois d'une augmentation marquée du potassium. Au moment de l'accès aigu, les perturbations observées sont particulièrement caractéristiques. A ce point de vue, il est possible d'établir trois catégories qui se distinguent par leurs particularités.

Le premier groupe de 13 malades englobe les cas qui en ce qui concerne leur état pulmonaire ne présentent rien d'anormal, aussi bien à l'examen clinique, que par les rayons X. Par contre, l'on se trouve en face d'un état de vagotonie frappante, de même que d'une éosinophilie bien prononcée.

Le deuxième groupe (16 malades) ne trahit aucun symptôme d'allergie; au point de vue pulmonaire, on constate, chez ces malades, des phénomènes de bronchite chronique, de péri-bronchite, d'emphysème, etc.

Enfin, les cinq derniers malades offrent un état pulmonaire pathologique chronique indiscutable, de même que des signes d'allergie indiscutables.

Sans entrer en détails, l'on doit noter des variations importantes surtout dans la première et dans la deuxième des trois catégories. Il faut en conclure que l'absence de l'allergie, soit locale, soit générale, constatée chez les malades du deuxième groupe, explique le manque d'une répercussion évidente sur l'état des deux électrolytes en question.

G. Ichok.

S. G. Petrovsky. ***Sur la question de la théorie végétative de la dystrophie musculaire progressive*** (*Vratchébnoïé Délo*, tome XII, n° 18, 1930). — Chez un homme, âgé de 57 ans, dont la santé a été toujours bonne, et qui a subi une contusion cranienne, à la suite d'un éboulement dans une tranchée de guerre, on nota des signes d'ataxie, d'anesthésie et de parésie du côté gau-



Docteur
Sur le point de prescrire la Valériane êtes-vous parfois retenu par la crainte de donner à votre malade un médicament malodorant ?
Ordonnez alors le
Valérianate Gabail
désodorisé
ou
Élixir Gabail
valéro-bromuré
aussi efficaces dans leur action qu'agréables à prendre.
LABORATOIRES S. GABAIL 5, Rue Lefebvre PARIS (XVe).

che, ainsi que des douleurs d'origine centrale dans la région anesthésiée. En même temps, l'on se trouva en face d'une image clinique identique à celle due à la forme infantile de la dystrophie musculaire progressive de Landouzy-Dejerine.

L'analyse détaillée de l'observation clinique et l'étude de la bibliographie permettent de conclure que les symptômes enregistrés chez le malade, et qui se présentent sous les traits caractéristiques d'une affection musculaire progressive, sont le résultat de troubles vasculaires dans les centres végétatifs de l'encéphale intermédiaire. On a le droit de considérer le cas comme une illustration clinique des données fournies par Foix et Nicolesco sur la présence des modifications dans les centres végétatifs du cerveau au cours de la dystrophie musculaire progressive.

G. Ichok.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

C.-J. Munch-Petersen. ***Le taux du sucre céphalo-rachidien; recherches sur l'influence de l'hyperglycémie adrénalinique sur la glycorachie au cours des affections nerveuses organiques*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXIV, n° 3, Décembre 1930). — M. a étudié les modifications de la glycorachie après ingestion de 50 gr. de glycose et injection sous-cutanée d'un demi-milligramme d'adrénaline. D'ordinaire la glycémie s'élève alors de 0,16 ou plus, cette augmentation étant indispensable pour obtenir l'hyperglycorachie maximum, qui dans les conditions normales est de 0,015 à 0,030 pour 100, tout chiffre supérieur ou inférieur étant pathologique. M. insiste sur l'importance de la double ponction lombaire, au début de l'épreuve et 2 heures et demie après l'injection d'adrénaline.

Il a recherché la glycorachie adrénalinique dans toute une série d'affections neurologiques, espérant surtout trouver une réaction spécifique de l'encéphalite épidémique.

Il a constaté que si, chez les malades atteints d'encéphalite aiguë ou chronique et même latente, la tendance à une diminution de l'hyperglycorachie provoquée était de règle, on retrouvait cette particularité dans d'autres affections du système extrapyramidal. Inversement, dans divers cas où ce système était atteint, il existait une exagération de l'hyperglycorachie adrénalinique. Cette réaction ne fournit pas de critère sûr, pour trancher le diagnostic souvent si délicat entre encéphalite et tumeur cérébrale. Il en est de même pour la sclérose en plaques. Toutefois une réaction normale est en faveur d'une tumeur cérébrale ou d'une sclérose en plaques.

D'une façon générale, si l'on met de côté les affections endocriniennes, toute anomalie de l'épreuve doit faire soupçonner une maladie atteignant profondément le système nerveux central. Jusqu'ici on doit admettre, d'après les constatations de M., qu'une exagération de l'hyperglycorachie provoquée peut s'observer aussi bien dans les affections cérébrales qui siègent dans le système extrapyramidal que dans celles qui siègent en dehors de lui. Par contre, la diminution de l'hyperglycorachie provoquée doit être considérée comme un signe d'une affection atteignant directement le système extrapyramidal. Une réaction normale semble exclure l'hypothèse d'altérations pathologiques au niveau de ce système. Néanmoins il reste possible que les facteurs qui agissent pour exagérer la réaction et ceux qui interviennent en sens inverse se neutralisent, donnant ainsi une réaction apparemment normale.

L'adrénaline ne semble pas agir en influençant directement la barrière hémato-céphalo-rachidienne, mais bien plutôt en intervenant sur un mécanisme régulateur central de la glycorachie situé probablement au niveau de la base du cerveau ou dans le tronc cérébral, mécanisme qui agit à son tour sur la barrière hémato-céphalo-rachidienne. L'exagération de la réaction dans les états choréiques et sa diminution dans les syndromes pallidaux et hypothalamiques font penser que les lésions du néostriatum déterminent l'exagération de la réaction d'hyperglycorachie, tandis que les altérations du voisinage de la région hypothalamique conditionnent le phénomène inverse.

P.-L. Marie.

E. Ask-Upmark. ***Augmentation de volume des parathyroïdes et ostéite fibreuse généralisée*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXIV, n° 3, Décembre 1930). — A. relate un cas d'ostéite fibreuse généralisée accompagnée d'hyperplasie des parathyroïdes chez un homme de 46 ans, sans antécédents pathologiques, qui, un an auparavant, avait commencé à se plaindre de douleurs dans les os, à maigrir progressivement et à présenter une température ondulante et de l'anémie. La marche devint bientôt impossible. Des fractures spontanées se produisirent au niveau des fémurs et des humérus. Radiologiquement on constatait de la décalcification et une ostéoporose généralisée, avec par places des zones d'aspect vermoulu. En même temps on notait de l'hypocalcémie (10 milligr. de Ca p. 100). La mort fut le fait de la cachexie. L'autopsie fit découvrir une hypertrophie marquée d'une des parathyroïdes dont le parenchyme présentait des signes d'hyperfonctionnement, de l'atrophie de la rate (7 gr.), des dépôts calcifiés dans les reins le long des tubes collecteurs et des canaux d'union, de la calcification des artères Les lésions osseuses se caractérisaient par la substitution à l'os normal de tissu fibreux et ostéoïde présentant l'aspect histologique d'une tumeur à cellules géantes.

L'hypertrophie des parathyroïdes se rencontre soit isolément, soit associée à d'autres conditions pathologiques, néphrites, tumeurs de l'hypophyse, mais surtout affections du système osseux, dont la plus fréquente de beaucoup est l'ostéite fibreuse généralisée de Recklinghausen. Elle est beaucoup plus rare dans le rachitisme, l'ostéomalacie, les tumeurs osseuses multiples. Elle n'a jamais été rencontrée dans la maladie de Paget qui par son aspect radiologique rappelle la maladie osseuse de Recklinghausen, ni dans l'ostéite fibreuse localisée.

L'hypertrophie des parathyroïdes se rencontre avec une grande constance dans l'ostéite fibreuse généralisée. A. discute longuement ses rapports avec les lésions osseuses et conclut que, bien que certains points restent encore obscurs, l'augmentation de volume des parathyroïdes semble bien être le fait primitif et que les troubles du métabolisme du calcium, si frappants dans l'ostéite fibreuse généralisée, sont la conséquence de l'hyperthyroïdie.

Les faits cliniques viennent appuyer cette conception : la parathyroïdectomie a donné une amélioration remarquable dans la majorité des cas d'ostéite fibreuse généralisée; parfois le résultat reste incomplet; d'autre part, tout risque de tétanie post-opératoire n'est pas exclu.

Aussi, dans tous les cas d'ostéite fibreuse généralisée, faut-il avoir recours à la parathyroïdectomie, tout au moins lorsque l'on trouve une hypertrophie des parathyroïdes à l'opération. Dans l'ostéomalacie, dans les arthrites ankylosantes, elle n'est qu'un pis aller; ; enfin elle n'est pas défendable dans la maladie de Paget.

P.-L. Marie.

R. Ehrstrom. ***Psychisme et troubles circulatoires*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXIV, n° 4, Février 1931). — G. Klemperer a soutenu que des émotions répétées pouvaient être la cause d'altérations organiques du cœur par l'intermédiaire du système nerveux végétatif, mais il est difficile de faire la preuve d'une semblable étiologie.

Il est tout aussi hasardeux d'affirmer l'intervention du psychisme dans la production de troubles circulatoires chez des sujets dont le cœur apparaît normal avant comme après le choc psychique. Il s'agit alors en général de sujets hystériques.

Par contre, il semble bien établi cliniquement que les modifications brutales du psychisme peuvent agir chez les cardiaques. On sait leur influence sur le déclenchement des crises d'angine de poitrine et on connaît les morts subites par le cœur sous l'influence des émotions. D'après E. ces phénomènes doivent être rapportés à des états de vasoconstriction produits par l'intermédiaire des nerfs vasomoteurs dans la circulation coronarienne ou dans les vaisseaux du système de conduction, peut-être aussi à une action directe sur les muscles du système de conduction par l'intermédiaire des nerfs du cœur.

E. relate 4 cas qui montrent que parfois la réaction d'un cœur malade à un choc psychique peut se traduire autrement. Chez ces 4 sujets, présentant tous un psychisme très instable, l'émotion a provoqué un accès d'œdème aigu du poumon, avec dans un cas un infarctus pulmonaire.

P.-L. Marie.

M. Ch. Ehrstrom. ***Modifications de la calcémie liées au psychisme*** (*Acta medica Scandinavica*, n° 4, Février 1931). — On sait que l'état fonctionnel des organes est soumis à l'influence des déplacements d'ions qui se passent entre les membranes cellulaires et les humeurs voisines. On connaît en particulier l'antagonisme qui existe entre l'ion Ca et l'ion K. Entre ces deux ions il y a normalement dans le sang un rapport constant. L'ion Ca diminue l'état d'excitabilité des nerfs périphériques tandis que l'ion K l'augmente. Les ions K exercent le même effet qu'une excitation sympathique, les ions Ca la même action qu'une excitation vagale sur les organes dont la fonction est sous la dépendance du système nerveux autonome. Les relations réciproques sont très intimes entre l'état d'excitation dans le système autonome et l'équilibre des ions K et Ca. Ainsi, sous l'influence d'une excitation du sympathique, le taux du Ca monte dans les humeurs de l'organe correspondant aux dépens de Ca sanguin.

On a pensé que les états psychiques pouvaient aussi se traduire par une modification du chimisme sanguin. De fait, des recherches faites sur l'homme en état d'hypnose et dans la psychose maniaco-dépressive ainsi que chez l'animal semblent indiquer que les états d'apaisement s'accompagnent d'un abaissement de la calcémie et les états d'excitation d'un relèvement de cette dernière. Mais il y a des exceptions et les variations sont si faibles que l'on est enclin au scepticisme, d'autant plus qu'il est souvent difficile d'interpréter un état psychique.

Aussi a-t-on expérimenté sur des animaux profondément endormis artificiellement au somnifène. Cloetta dans ces conditions a trouvé une chute du Ca sanguin et une augmentation du K. E. a repris ces recherches sur l'homme. Il a étudié en série à des intervalles rapprochés les variations de la calcémie chez 8 sujets ayant reçu une injection de somnifène. Dans la majorité des cas la calcémie s'est abaissée de façon marquée pendant le sommeil artificiel, la différence la plus grande trouvée étant de 39 pour 100. Cependant cette règle comporte des exceptions, rares à la vérité, mais qui sont d'une interprétation difficile, si bien que E. se montre très réservé dans ses conclusions concernant l'influence du psychisme sur la calcémie.

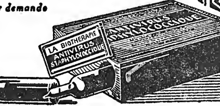
P.-L. Marie.

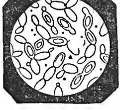

Fournisseur de l'Assistance Publique de Paris
LE GOMENOL
Nom et Marque déposés
PRESCRIVEZ
les produits authentiques
qui sont sous cachet avec le nom
PREVET
Désignez-les ainsi :
GOMENOLÉO (OLÉO GOMENOL)
en ampoules et flacons
GOMENOL RHINO
GOMENOL PATES
GOMENOL SIROP
GOMENOL CAPSULES
GOMENOL GLUTINULES
GOMENOL ONGUENT
GOMENOL SAVON
GOMENOVULES
GOMENOL en tubes compte-gouttes
REFUSEZ
les substitutions
Littérature : 48, Rue des Petites-Ecuries - Paris Xe


à 5 heures de Paris
VICHY
à 5 heures de Paris


ALZINE
ASTHME
EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES
Cas aigus : 4 à 5 pilules par jour pendant 5 jours.
Dose préventive : 2 pilules par jour pendant 15 jours.
ANTISPASMODIQUE PUISSANT - SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX
DIUROBROMINE
ALBUMINURIE
ASCITES - PLEURÉSIE
Dose diurogène : 3 à 4 cachets par jour pendant 5 jours.
Dose diurotonique : 1 à 2 cachets par jour pendant 10 jours
CONTRE TOUTES LES INSUFFISANCES RÉNALES
DIUROCARDINE
CARDIOPATHIES
NÉPHROPATHIES - PNEUMOPATHIES
Dose forte : 2 à 3 cachets par jour pendant 10 jours
Dose cardiotonique : 1 cachet par jour pendant 20 jours.
ACTION IMMEDIATE - TOLÉRANCE ABSOLUE
DIUROCYSTINE
CYSTITES - URÉTHRITES
GOUTTE - RHUMATISMES
Cas aigus : 5 cachets par jour pendant 6 jours
Cure de diurèse 2 cachets par jour pendant 15 jours.
DIURASEPTIQUE - ANTIARTHRITIQUE
LABORATOIRES L. BOIZE ET G. ALLIOT
9, AVENUE JEAN-JAURÈS LYON 7e


ANTIVIRUS


LA BIOTHÉRAPIE
ANTIVIRUS
STAPHYLOCOCCIQUE



REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

I. Snapper (Amsterdam). ***Maladies osseuses et parathyroïdes*** (*Annales de Médecine*, tome XXIX, n° 3, Mars 1931). — Dans un cas sévère d'ostéite fibreuse kystique généralisée à forme pseudo-ostéomalacique, l'ablation d'un adénome parathyroïdien a été suivie de guérison. Dans un deuxième cas hollandais, un traitement par le vigantol fut nécessaire après l'opération pour obtenir ce résultat favorable. Dans un troisième cas de maladie de Recklinghausen, léger, un traitement par le vigantol, les rayons ultra-violets et la chaux a suffi pour amener une amélioration considérable.

Beaucoup de pathologistes, s'appuyant sur l'examen anatomique, sont d'avis qu'il existe entre la maladie de Recklinghausen et celle de Paget un rapport intime; S. cependant estime qu'il y a entre ces deux affections des différences cliniques, radiologiques et biochimiques très importantes. De plus, on trouve dans la maladie de Recklinghausen presque régulièrement un adénome parathyroïdien, qui n'existe jamais dans la maladie de Paget.

Dans la maladie de Recklinghausen existent des symptômes d'hyperfonctionnement de la parathyroïde, c'est-à-dire hypercalcémie, hypophosphatémie et élimination de quantités excessives de chaux dans les urines. Dans la maladie de Paget, les symptômes d'une hyperparathyroïdie font totalement défaut: la calcémie et la phosphatémie sont normales, l'excrétion calcaire dans les urines et dans les selles varie dans les limites des valeurs normales. Dans deux cas, l'ablation de deux parathyroïdes n'a pas influencé le cours de la maladie de Paget. L. Rivet.

M. Labbé, A. Escalier et **Gilbert-Dreyfus.** — ***Acromégalie et diabète*** (*Annales de Médecine*, tome XXIX, n° 3, Mars 1931). — Dans cet important mémoire, L., E. et G.-D. étudient, pour discuter les rapports qu'ils peuvent présenter avec l'acromégalie: 1° les glycosuries simples, ou mieux états paradiabétiques; 2° les diabètes vrais, accompagnés ou non de dénutrition azotée.

Ils insistent sur le fait qu'au point de vue pratique, le trouble glyco-régulateur, si fréquemment observé chez les acromégales, se présente sous deux aspects différents:

1° Le *paradiabète hypophysaire*, avec trouble glyco-régulateur modéré, qui ne nécessite pas la mise en œuvre du traitement antidiabétique habituel et reste entièrement sous la dépendance de l'affection causale, adénome pituitaire en l'espèce, dont il épouse le mode évolutif.

2° Le *diabète vrai des acromégales*, qui, à quelques nuances près, se comporte comme un diabète insulo-pancréatique ordinaire et mérite d'être combattu, comme lui, par un régime alimentaire sévère et des injections d'insuline.

L. Rivet.

G. Maranon, J. Vidal Frias et **Ftejerina** (Madrid). ***Du facteur endocrinien dans la pathogénie de la néphrose lipoïdique*** (*Annales de Médecine*, tome XXIX, n° 3, Mars 1931). — De ce travail très documenté, M., F. et F. concluent que l'intervention unique, directe ou indirecte, de l'insuffisance thyroïdienne dans la genèse du syndrome connu sous le nom de « néphrose lipoïdique » ou « diabète albuminurique », ne peut pas être admise.

On peut admettre trois éléments dans ce syndrome: 1° un élément rénal, constant, du type des néphrites hydropigènes classiques; 2° un élément éventuel, inconstant, endocrinien, qui se localise, soit dans la thyroïde, soit dans une autre glande quelconque à sécrétion interne; 3° un élément général qui trouble le métabolisme des protides et des lipides et qui nous est inconnu (hépatique ? alimentaire ?).

Dans l'étiologie de cette maladie, les infections et les intoxications chroniques qui, sans doute, affectent simultanément le rein et les glandes endocrines (syndrome endo-exocrinien) jouent le rôle principal. Finalement, il faut tenir compte de l'existence d'un facteur constitutionnel.

L. Rivet.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

H. Thiers (Lyon). ***Valeur séméiologique de l'indoxylémie dans les maladies des reins*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, année XII, n° 271, 20 Avril 1931). — C'est en 1911 qu'Obermayer et Popper décelèrent la rétention de l'indoxyle dans le sang au cours de l'urémie. Depuis, de nombreux travaux reprirent cette question en Allemagne; elle reste cependant à peu près inconnue en France, encore que la découverte d'Obermayer semble posséder une valeur pratique considérable et pose des problèmes théoriques importants. Dans cet article, T. rappelle brièvement les notions physiologiques et chimiques nécessaires à la compréhension du cycle de l'indoxyle dans l'organisme, puis il montre, en se basant sur 104 observations personnelles, les renseignements pratiques que l'on peut retirer de la réaction de Jolles au cours des néphropathies.

Dans les *anuries*, l'indoxyle est retenu au même titre que l'urée, sans que son étude présente des avantages pratiques sur celle de cette dernière.

Dans les *néphrites aiguës*, l'indoxyle est retenu d'une façon inconstante lorsqu'il y a de l'azotémie; lorsqu'elle existe, sa rétention est d'un pronostic sévère; elle se fait plus tardivement et disparaît plus précocement que celle de l'urée.

Dans les *néphrites subaiguës*, la rétention de l'indoxyle est tardive et son apparition indique le passage à la chronicité des lésions, même si l'urée tend à baisser: d'où son intérêt pronostique.

Au cours des *albuminuries* chroniques, l'indoxyle n'est retenu que dans la néphrite chronique azotémique, qu'il y ait ou non hypertension: les Allemands admettent que sa rétention se fait alors avant celle de l'urée, et T. apporte une observation confirmative. Cette rétention paraît constante dans la néphrite chronique urémigène (d'où son intérêt diagnostique et pronostique), elle se maintient à un taux à peu près fixe et irréductible, quelles que soient les fluctuations de l'urée.

Dans les *hypertensions simples*, sans facteur rénal, il n'y a pas de rétention d'indoxyle; lorsque l'hypertension est liée à une néphrite chronique indiscutable, mais à évolution plus vasculaire qu'urémigène, la rétention de l'indoxyle est possible mais rare. D'ailleurs il y aurait lieu de poursuivre les recherches sur les rapports qui existent entre les processus hypertensifs et la rétention d'indoxyle.

L'indoxyle passe facilement dans les exsudats et transsudats pleuraux et péritonéaux; on ne le trouve, par contre, dans le liquide céphalo-rachidien qu'à titre exceptionnel et à un stade tout terminal; enfin il n'est retenu qu'en petites quantités dans les parenchymes. T. explique ces données en montrant que l'indoxyle du sérum n'est pas ultrafiltrable.

L'indoxyle n'intervient pas dans la pathogénie de l'intoxication urémique et il est seulement le témoin de la rétention des corps aromatiques.

Il est paradoxal de voir l'urée chimiquement simple et physiquement diffusible être retenue avec facilité alors que l'indoxyle, corps aromatique et non diffusible, n'est retenu qu'avec beaucoup de difficulté: paradoxe déconcertant et actuellement inexplicable.

Il existe peut-être un rapport entre le type de la lésion rénale et la rétention de l'indoxyle. T. estime que cette rétention est réalisée lorsque la lésion est généralisée à la totalité du tube urinifère, glomérule et tube contourné, et à la totalité du parenchyme rénal.

J. Dumont.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE
(Paris)

Urrutia (Madrid). ***Insuffisance hépatique et interventions chirurgicales*** (*Revue médico-chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, tome V, n° 5, Septembre-Octobre 1930). — U. élargit le cadre de l'insuffisance hépatique post-opératoire; il décrit sous ce nom, à côté des phénomènes classiques simulant l'atrophie jaune aiguë du foie, les ictères passagers post-anesthésiques et les états acido-cétosiques. Il y joint, en outre, des faits, compris dans les dilatations aiguës de l'estomac et les cercles vicieux, ainsi que les cholerragies après intervention sur les voies biliaires. Pour lui ce sont de véritables états d'insuffisance hépatique accompagnée d'insuffisance rénale, où il retrouve l'hyperazotémie et la chute de la réserve alcaline. Dans ces conditions l'insuffisance hépatique post-opératoire augmente singulièrement de fréquence.

C'est l'anesthésie chloroformique qui est la principale coupable; surtout au cours d'interventions sur l'abdomen, et tout particulièrement dans les cas septiques. Les enfants peuvent faire comme les adultes des accidents graves, et d'évolution rapide en général. Il s'agit surtout de chloroformisations longues, mais les courtes n'en sont pas exemptes et il semble que la répétition des anesthésies favorise l'apparition des accidents.

L'action toxique du chloroforme ou de ses impuretés ne paraît pas seule en cause. Il y a un effet certain d'atteinte hépatique par une désintégration massive d'albumines. D'ailleurs l'éther, quoique beaucoup moins, peut provoquer l'insuffisance hépatique ainsi que les anesthésies locales. On peut retrouver après ces dernières des ictères modérés, de l'acétonurie et même des lésions du foie.

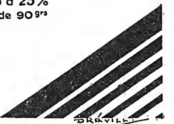
Les affections antérieures du foie, son manque de glycogène, et sa sensibilisation aux albumines désintégrées, sont autant de causes favorisantes des accidents.

Il faudra donc restreindre l'usage du chloroforme chez les hépatiques et les ictériques, ainsi que dans les appendicites aiguës.

La conservation du glycogène hépatique paraît jouer un rôle préservatif de premier plan. Aussi pas de diète préalable, régime riche en hydrates de carbone et sérum glucosé seront mis en œuvre; on évitera en outre de traumatiser inutilement les tissus.

Les épreuves fonctionnelles hépatiques ont été diversement appréciées; les plus utiles paraissent celles du fonctionnement glycogénique, et l'étude de la réserve alcaline.

Le traitement préconisé par l'auteur est l'insulinothérapie, accompagnée d'administration de sucre. A. Escalier.



F. Codvelle. ***Les hémorragies gastro-intestinales, au cours des splénomégalies primitives*** (*Revue médico-chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, tome V, n° 5, Septembre-Octobre 1930). — Les hémorragies gastro-intestinales sont cliniquement fréquentes au cours des splénomégalies primitives, mais il faut toujours savoir chercher la grosse rate, c'est là un point très important, pour ne pas rapporter à tort l'hémorragie à une lésion gastro-intestinale.

Les hémorragies apparaissent au cours des splénomégalies infectieuses, parasitaires, scléreuses, au cours des splénomégalies infantiles, mais elles représentent surtout un symptôme primordial au cours des splénomégalies thrombophlébitiques.

C'est dans ces cas que leur pathogénie paraît la plus facile à comprendre. Il s'agit d'hypertension veineuse, encore peut-on discuter si la thrombophlébite est primitive ou secondaire à l'affection splénique.

Des coups de bélier sur cette hypertension, peut-être la contraction de la rate, déclancheraient l'hémorragie.

Dans les autre splénomégalies, on en est réduit aux hypothèses, origine veineuse, origine artérielle, lésions spéciales des parois des petits vaisseaux et des capillaires.

Par contre, les caractères cliniques sont assez nets et fixes. Il s'agit de grosses hémorragies, avec peu ou pas de mélæna, car l'origine est toujours sus-vatérienne; elles apparaissent brusquement, sont très abondantes, et se répètent avec des périodes de rémissions parfois assez longues. Elles entraînent un état d'anémie avec splénomégalie et quelquefois des signes d'hypertension portale. On peut se tromper sur le volume de la rate, car celle-ci tend à se contracter après l'hémorragie.

Si la splénomégalie est bien primitive, l'hémorragie commande la splénectomie. Malgré une proportion d'échecs de 11 à 13 pour 100, cette intervention n'en a pas moins sur les hémorragies un effet remarquable.

Il conviendra de rechercher les troubles de la crase sanguine et de faire, au besoin, des transfusions préopératoires. A. Escalier.

G. Parturier et **G. Houlbert.** ***Troubles de la circulation périphérique chez les hépato-biliaires*** (*Revue médico-chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, tome VI, n° 2, Mars-Avril 1931). — On sait que les affections vésiculaires peuvent donner lieu à des manifestations cardiaques, et même, au cours de crises douloureuses, déclancher de véritables accès pseudo-angineux. Mais elles peuvent engendrer aussi des réactions vasculaires périphériques avec spasme artériolaire. C'est ce que montrent une série d'observations d'où l'on peut déduire : 1° que ces réactions succèdent le plus souvent à des phénomènes douloureux vésiculaires, mais qu'elles peuvent exister aussi au cours d'insuffisances hépatiques seules; 2° que ces réactions peuvent siéger dans des domaines variés de l'appareil circulatoire, membres inférieurs, en général des deux côtés, membres supérieurs, en général unilatérales droites, à la figure, aux poumons (sensation d'étouffements), au système nerveux central (vertiges).

On peut supposer que ces phénomènes peuvent avoir une origine directe réflexe, ou indirecte par action de toxines, elles-mêmes en rapport avec l'insuffisance hépatique. A. Escalier.

LE SANG
(Paris)

Emile-Weil et **R. Cahen.** ***La polycythémie preleucémique*** (*Le Sang*, tome IV, n° 6, 1930). — Il existe, à côté du syndrome de Vaquez, des polyglobulies primitives, qui ne rentrent pas dans le cadre de cette affection. Parmi ces polyglobulies, non encore définitivement classées, E.-W. et C. isolent une forme clinique tout à fait particulière, dont ils étudient très complètement les caractères, à propos d'une observation personnelle, sous le nom de polycythémie prélencémique.

Il s'agit d'une polyglobulie, qui évolue longuement à l'état pur pendant des mois et peut-être des années, avec des caractères différents de la maladie de Vaquez. Ensuite survient une rémission, suivie de l'apparition d'une leucémie myélogène, avec splénomégalie et caractères leucémiques des viscères, à évolution fatale.

Cette observation est l'occasion de mettre au point la question des érythroleucémies. On peut distinguer des polyglobulies primitives avec réaction myéloïde, assez banale et constante pour les auteurs; de véritables érythroleucémies où la leucémie évolue conjointement avec la polyglobulie; c'est le cas de la maladie de Blumenthal, de l'érythroleucémie éosinophile; les stades terminaux érythroleucémiques de certaines leucémies; enfin la polycythémie préleucémique. Les auteurs ont pu en retrouver des faits assez nombreux dans la littérature étrangère et ils soulignent la succession des phases si caractéristiques, pour montrer l'importance clinique et pronostique de cette forme. Il faut connaître l'existence de ces polyglobulies, qui prennent la valeur de véritables états préleucémiques.

A. Escalier.

G. Fontès et **L. Thivolle.** ***Recherches expérimentales sur les processus chimiques de l'hématopoïèse et sur la pathogénie des anémies*** (*Le Sang*, tome IV, n° 6, 1930). — Ce remarquable travail, fondé sur des faits expérimentaux et cliniques, a pour but de rechercher si, à côté d'autres causes, manque de certains constituants des hématies, troubles de formation ou d'excrétion des globules rouges, on ne peut pas trouver, à l'origine des anémies, une carence d'acides aminés.

Deux d'entre eux, le tryptophane et l'histidine, sont à la base de la formation de l'hémoglobine, le premier, pour le noyau tétrapyrolique, le deuxième, pour le groupe protéique. Ces corps représentent donc le substratum essentiel de l'hématopoïèse. On peut penser que les troubles digestifs et les phénomènes microbiens qui existent dans les anémies pernicieuses sont capables d'en provoquer la carence plus ou moins complète. Le foie agirait dans ces affections en apportant ces deux acides aminés, et, seuls, sont actifs, en effet, les extraits qui les contiennent en assez grande quantité.

L'expérimentation sur l'animal a montré que l'injection d'un mélange de tryptophane et d'histidine accroît le nombre des globules rouges et le taux de l'hémoglobine. Ce n'est pas la fonction aminée qui est en jeu, mais les noyaux indol et imidazol.

L'injection d'un seul de ces corps produit aussi son effet, mais toujours très inférieur à celui du mélange. Les résultats favorables de chacun d'eux varient avec l'espèce animale.

Leur suppression, dans une ration par ailleurs complète, provoque la mort dans un état d'anémie très voisine du type de la maladie de Biermer.

Leur emploi provoque l'augmentation de tous les processus anaboliques. L'histidine, seule, n'a pas d'action sur le poids et la rétention azotée. Le tryptophane, seul, agit sur le poids et l'augmente. Le mélange produit une rétention azotée avec l'augmentation du rapport urinaire C/N.

Les résultats les plus remarquables sont obtenus avec un mélange dans la proportion de 1 de tryptophane pour 2 d'histidine.

Chez l'homme, les auteurs ont injecté le mélange au cours d'anémies pernicieuses, de types divers; une série d'observations montrent les excellents effets obtenus. Cette thérapeutique est surtout efficace au début de l'évolution de l'anémie biermérienne; plus tard, il se produit des modifications physico-chimiques profondes du plasma, qui enrayent l'apport et le renouvellement des hématies dans le sang.

L'organisme ne paraît pas capable de faire la synthèse de ces anabolites, dont le rôle est primordial dans l'hématopoïèse.

L'emploi thérapeutique par voie sous-cutanée est facile, sans danger, et représente un excellent traitement des états anémiques, et l'action de ces corps sur le poids et les processus généraux incite à en étendre l'utilisation aux états d'hyponutrition et de déficience organique générale.

A. Escalier.

Chalier et **Levrat.** ***La grande éosinophilie sanguine; insuffisance splénique éosinophilique*** (*Le Sang*, tome V, n° 1, 1931). — C. et L. reprennent et discutent 17 observations, dont une personnelle, longuement étudiée, d'éosinophilie sanguine d'apparence essentielle. Ils isolent ainsi un syndrome, où se mélangent encore des faits assez variés, auquel ils proposent de donner le nom de grande éosinophilie sanguine. Un certain nombre de caractères l'individualisent: une forte éosinophilie sanguine au-dessus de 30 pour 100 et jusqu'à 90 pour 100, à polynucléaires éosinophiles, une leucocytose entre 10.000 et 40.000 globules blancs, une anémie très modérée, une évolution longue et chronique. Mais le fait le plus saillant est l'existence d'une splénomégalie, à peu près constante, assez prononcée et qui incite à chercher dans une lésion congénitale ou acquise de la rate la cause de ces états éosinophiliques. D'une discussion pathogénique, où ils éliminent successivement le rôle de l'anoxhémie, l'existence d'un état leucémique ou anaphylactique, ils concluent à une insuffisance splénique, productrice de l'éosinophilie.

Cet hypofonctionnement splénique peut être congénital et même familial, mais parfois il est acquis et la syphilis semble y jouer assez fréquemment un rôle.

Le traitement dérive des notions précédentes. La splénectomie est contre-indiquée. On doit tenter, au moindre soupçon, un traitement antisyphilitique. On pourra essayer aussi d'exciter la fonction splénique soit par la radiothérapie faible, soit par des injections d'extrait de rate.

A. Escalier.

V. Audibert et **A. Raybaud.** ***L'hémogénie typhique*** (*Le Sang*, tome V, n° 2, 1931). — D'une série d'observations de fièvres typhoïdes avec hémorragies graves, A. et R. ont retiré la conviction que les hémorragies par ulcérations sont rares, et que la plupart du temps ces accidents sont d'origine dyscrasique. Ils insistent sur la notion de la fièvre typhoïde, affection à tropisme cardio-vasculaire et mieux capillaire; la fragilité capillaire surtout serait à la base des hémorragies. Ils rapportent neuf cas présentant les aspects cliniques de l'hémogénie dans la fièvre typhoïde, formes typiques où apparaissent nettement toutes les manifestations de l'hémogénie, formes frustes, où seul le syndrome hématologique est évident, formes latentes sans incidents hémorragiques, mais où l'on retrouve les signes hémogéniques.

On peut en conclure la nécessité absolue de rechercher les troubles hémogéniques chez les typhiques d'une façon systématique. Il faut s'attacher surtout à la recherche du signe du lacet, qui paraît être le meilleur témoin de la possibilité des hémorragies. C'est, en effet, la fragilité capillaire qui serait à la base des accidents, en rapport avec leur apparition et leur gravité.

Quelle est l'origine de cette hémogénie ? Il sem-

ble qu'il faille la chercher dans une insuffisance, à la fois hépatique et splénique. Ces données, dès qu'apparaissent les hémorragies, doivent dicter la thérapeutique. Il faut rechercher dès le début les tests hémogéniques, essayer peut-être une opothérapie hépato-splénique, et surtout avoir recours, en tout état de cause, à la transfusion sanguine, curative ou préventive, dès qu'on aura trouvé des signes d'hémogénie. A. et R. étudient les conditions optima de cette transfusion: ils conseillent le sang total citraté, d'un donneur de même sexe, en une quantité minime de 250 cmc par injection. Les résultats sont surprenants tant au point de vue clinique qu'au point de vue hématologique.

A. Escalier.

L. Langeron, R. Desplats, M. Paget et **R. Quemere.** ***Modifications de la calcémie observées chez l'homme après radiothérapie de la région surrénale et du sympathique cervical*** (*Le Sang*, tome V, n° 2, 1931). — Cet article étudie les modifications de la calcémie au cours de la radiothérapie de certaines régions, et tout spécialement la région surrénale. Après un exposé des techniques d'application des rayons et du dosage du calcium, sont présentés les résultats obtenus, qui peuvent se résumer ainsi:

Après la radiothérapie surrénale, se manifeste rapidement une hausse immédiate de la calcémie (de 30 à 60 pour 100 du taux initial, parfois même le double). Elle dure quelques jours, au minimum 24 heures, au maximum 5 à 6 jours.

Ensuite survient une baisse secondaire de 15 à 25 pour 100 au-dessous du taux de départ, elle se maintient quelques jours.

Elle est suivie d'un réascension aux environs du taux initial qui se termine vers le 20e ou 30e jour.

La dose administrée a une influence non douteuse. Il existe une dose optima, qui est de 1.250 R.

La répétition des doses paraît avoir un effet, mais rapidement limité à un maximum que l'on ne dépasse pas; elle semble en outre allonger la durée de la période d'élévation.

Les variations secondaires consécutives à chaque séance d'une série ne se produisent qu'en espaçant de 5 à 6 jours au moins les applications. Ces chiffres sont valables pour la région surrénale. Pour les irradiations sur le sympathique cervical, la dose optima est de 1.000 R. par séance. Les variations sont un peu différentes dans leur détail des précédentes. Peut-être, ici, faut-il incriminer une action des rayons sur les parathyroïdes, qui joue un rôle certain dans le métabolisme du calcium.

Ces faits peuvent inciter à tenter de traiter par cette méthode les états hypocalcémiques. Parmi eux, certaines affections, l'asthme, l'acrocyanose, par exemple, réagissent parfois favorablement à la radiothérapie fonctionnelle.

A. Escalier.

Merklen et **Wolf.** ***Les leucopénies*** (*Le Sang*, tome V, n° 2, 1931). — Il s'agit d'une étude d'ensemble des leucopénies, où sont passés successivement en revue les aspects cliniques, la pathogénie et la thérapeutique de ces états.

Cliniquement, ils se divisent en deux groupes: des leucopénies durables assez rares, et le plus souvent retrouvées chez des sujets qui présentent un déséquilibre endocrinien, ou parfois phénomènes réactionnels dus à des lésions diverses.

Des leucopénies passagères qui peuvent être physiologiques (excitations, émotions, certains états transitoires, grossesse) ou pathologiques.

Parmi les leucopénies passagères pathologiques, les plus importantes sont les leucopénies infectieuses, au premier rang desquelles, celles de la fièvre typhoïde, puis des angines, de diverses septicémies.

Il semble exister un rapport encore mal connu entre l'abaissement de nombre des leucocytes et le défaut de capacité d'immunisation.

Il faut citer encore celles des affections sanguines et des organes hématopoïétiques. La leucopénie peut y être le phénomène de premier plan (comme dans le syndrome d'agranulocytose) ou bien s'associer à un syndrome anémique ou hémorragique.

Les mécanismes pathogéniques semblent être assez variés. On peut les classer en mécanisme agénétique, par absence de formation des leucocytes, d'ailleurs difficile à préciser.

Mécanisme purement mécanique, par refoulement ou remplacement dans les organes producteurs de leucocytes envahis par une tumeur.

Mécanisme adynamique, par absence de libération et d'élimination des globules blancs hors de la moelle.

Il existe enfin un mécanisme au moins en partie vaso-moteur, dans des cas transitoires, par anomalie dans la répartition générale des leucocytes.

Il convient de souligner le fait que souvent les variations leucocytaires se font successivement dans des sens contraires et avec des formes alternées.

Expérimentalement les injections parentérales de diverses substances donnent des réactions différentes selon le corps employé.

Pour Iloff, il faudrait voir dans ces variations des globules blancs un reflet de l'état physicochimique du sang, tendant soit à l'acidité, soit à l'alcalinité. Peut-être sont-elles en rapport avec les réactions de la moelle osseuse aux infections; pour d'autres, il s'agirait d'une question de maturation des leucocytes.

Mais nous ne savons pas encore pourquoi on voit apparaître soit de la leucopénie, soit de la leucocytose. Ces anomalies varient avec l'animal utilisé, le germe, le terrain, la nature de l'organe atteint, ou parfois certaines intoxications surajoutées.

Les causes des leucopénies sont donc extrêmement multiples et diverses. On a proposé des thérapeutiques:

L'abcès de fixation, qui paraît plutôt un témoin qu'un excitant de la réactivité de l'organisme.

Les chocs, de nombreux médicaments ou produits biologiques, avec des résultats inconstants ou passagers.

Toutefois elles ont une grande valeur théorique, car elles ont permis, en instituant une thérapie générale indirecte, d'étudier les réactions humorales au cours des traitements non spécifiques.

A. Escalier.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

L. Benedek et **E. von Thurzo.** ***La narcolepsie essentielle et son traitement par l'insufflation d'air par voie sous-occipitale*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 12, 23 Mars 1931). — B. et Th. rapportent l'observation d'un homme de 48 ans présentant depuis deux ans 20 à 30 accès quotidiens de sommeil invincible ou d'asthénie musculaire subite et passagère, ébauche de cataplexie; pendant l'accès de sommeil, le malade fait des mouvements de va-et-vient des membres, ses pupilles sont en myosis et réagissent paresseusement à la lumière, alors que leurs réactions sont normales en période de veille; l'examen neurologique est négatif; le liquide céphalo-rachidien est normal; il s'agit donc d'une narcolepsie essentielle type Redlich, affection habituellement incurable; d'ailleurs des essais de traitement par la strychnotonine, l'insuline, le bromure, le luminal restent sans effet.

A la suite d'une ponction sous-occipitale qui montre un liquide sous pression négative en position assise, et de l'injection par cette voie de 30 cmc d'air, le nombre des accès tombe à 2 ou 4 par jour; au bout de 8 insufflations à 5 à 6 jours d'intervalle, la guérison est presque complète, le malade n'ayant pour ainsi dire plus ni crises de sommeil, ni crises cataplectiques.

L. Rouquès.

G. Singer. ***Le traitement du diabète sucré par les substances irritantes*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 15, 13 Avril 1931). — S. expose sa méthode de traitement du diabète et les résultats qu'il a obtenus sur 300 malades en 5 ans de recherches; elle est basée sur l'association d'un régime standard et d'injections de corps irritants; les substances protéiques irritantes ont en effet, comme S. l'a constaté cliniquement et expérimentalement chez le chien, la propriété de modifier favorablement et d'une manière durable le métabolisme des diabétiques.

Le régime est composé d'une alimentation végétale de base et d'une alimentation supplémentaire contenant les trois éléments nutritifs en proportion déterminée: par exemple, 100 gr. de viande bouillie ou rôtie, deux œufs, 100 gr. de graisse et l'équivalent de 50 gr. de pain blanc. Lorsque l'élimination du sucre est restée constante pendant quelques jours, on commence les injections de substances protéiques, d'origine végétale (phytoprotine) ou animale (dérivés du lait et de la caséine), les dernières étant les plus actives; les produits les meilleurs sont ceux qui ne donnent pas de réaction locale ou générale; il faut commencer par de petites doses (0 cmc 5) et de préférence par les substances végétales; on fait des injections intramusculaires tous les deux ou trois jours, en augmentant chaque fois les doses de 0,2 à 0 cmc 3 jusqu'à un maximum de 5 cmc; on fait ensuite une deuxième série avec des substances plus irritantes; la cure totale dure en moyenne 6 à 8 semaines, mais doit être prolongée dans quelques cas.

S. réserve l'insuline aux cas graves, au diabète juvénile et au coma diabétique; il traite par sa méthode tous les diabètes légers ou de gravité moyenne, sans lui associer l'insulinothérapie. Les résultats sont très satisfaisants; la tolérance vis-à-vis des hydrates de carbone est augmentée et parfois même devient normale; l'amélioration persiste après l'arrêt du traitement et peut se maintenir 3 ou 4 ans; la méthode de S. influence heureusement les complications telles que les phlegmons, les anthrax, les gangrènes; elle n'a guère d'action sur les diabètes juvéniles, compliqués de tuberculose ou avec trop mauvais état général. Sur une série de 190 malades traités en un an, S. a obtenu 48,9 pour 100 d'améliorations sensibles, 31 pour 100 d'améliorations, 18,9 pour 100 de résultats nuls et 1 pour 100 d'aggravations.

L. Rouquès.

Alfredo Rindone. ***La réserve alcaline dans l'ulcère gastrique et duodénal; ses variations sous l'influence du traitement chirurgical et de l'insulinothérapie*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 15, 13 Avril 1931). — D'après Balint, l'ulcère gastrique ou duodénal serait secondaire à un état constitutionnel d'acidose qui s'observerait toujours chez les malades, avant et après l'opération. Les recherches de R. s'accordent mal avec cette hypothèse; ayant étudié 27 ulcéreux, il n'a trouvé de variations de la réserve alcaline que dans les limites physiologiques; après l'intervention et pendant une durée de quinze jours, il n'a pas constaté de modifications du chiffre initial ou seulement un abaissement de faible importance; un traitement insulinique continué pendant dix jours au minimum n'a eu aucune action sur la réserve alcaline des malades; R. n'a remarqué aucun rap-

port entre les modifications du chimisme gastrique, l'ancienneté de la lésion, l'état général du malade et le taux de la réserve alcaline. D'ailleurs les malades qui présentent une acidose marquée et de longue durée par suite de maladies des échanges nutritifs, de lésions hépatiques ou rénales, ne sont que très rarement atteints en même temps d'ulcères.

L. Rouquès.

IL POLICLINICO [Sezione medica] (Rome)

G. Lazzaro. *La courbe respiratoire dans les diverses formes d'asthme* (*Il Policlinico* [Sezione medica], an XXXVIII, n° 1, 1er Janvier 1931). — Storm van Leeuwen a imaginé une technique d'inscription des mouvements respiratoires qui permet par une simple lecture de déterminer la capacité vitale, l'air courant, l'air complémentaire, l'air de réserve et le temps de respiration, c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre le début d'une inspiration maxima et la fin d'une expiration maxima faites aussi rapidement que possible; le malade respire dans un spiromètre dont les mouvements s'enregistrent sur une feuille réglée qui se déplace à vitesse connue.

Au cours de recherches faites dans le laboratoire de S. van Leeuwen, L. a étudié les modifications du tracé respiratoire chez des asthmatiques en traitement: asthmatiques du groupe des allergènes, traités par la cure en chambres sans allergènes, et asthmatiques par sensibilisation bactérienne, traités par désensibilisation spécifique (vaccins bactériens), par certains médicaments (caféine, dérivés salicylés) ou par désensibilisation non spécifique (injections d'huile soufrée). Les courbes prises en série montrent l'efficacité des diverses thérapeutiques et confirment la réalité de l'emphysème fonctionnel de S. van Leeuwen; on sait que, d'après cet auteur, un stade d'emphysème fonctionnel précéderait l'emphysème vrai dont il aurait la symptomatologie, mais dont il différerait par sa curabilité lorsque le malade serait soustrait aux causes provocatrices de l'asthme; cet état se traduit sur les courbes par une diminution de la capacité vitale et une prolongation du temps de respiration; ces modifications s'atténuent, puis disparaissent sur les tracés successifs.

L. Rouquès.

L. Sforza. *Sur la fréquence de l'infiltration sous-claviculaire d'Assmann* (*Il Policlinico* [Sezione medica], an XXXVIII, n° 1, 1er Janvier 1931). — Depuis 1922, Herbert Assmann s'efforce de montrer que la localisation de début la plus fréquente de l'infection tuberculeuse par voie exogène chez l'adulte est la région sous-apicale ou mieux zone sous-claviculaire, et non l'apex. Sur 5.000 radiographies du thorax faites en 5 ans à la clinique du professeur Ascoli à Rome, S. a observé 480 cas de tuberculose pulmonaire, dont 130 au début; dans 22 cas seulement, il a pu mettre en évidence avec certitude l'infiltration d'Assmann; ce chiffre, qui semble bas au premier abord, s'explique par la rareté des radiographies précoces; contrairement à la lésion apicale dont la marche est chronique, la lésion d'Assmann évolue d'une manière aiguë, si bien que, rapidement, il devient impossible d'affirmer l'intégrité de l'apex; d'où les divergences des statistiques.

Sur ces 22 cas, S. compte 2 infiltrations tout à fait au début, 12 au stade initial, c'est-à-dire 15 à 30 jours après le début (dans 11 cas, il y avait déjà une caverne; dans le dernier, on notait une tendance à la sclérose) et 6 d'évolution avancée avec infiltration péricavitaire étendue; dans les deux derniers, il s'agissait de lésions calcifiées et guéries.

L. Rouquès.

LA DIAGNOSI (Pise)

F. Costanzi. *Les manifestations purpuriques de la maladie sérique* (*La Diagnosi*, tome XI, n° 105, Janvier 1931). — C. rapporte trois observations de purpura sérique; la première est celle d'une femme de 33 ans atteinte de dysenterie qui présenta, 11 jours après l'injection de sérum, de la fièvre, de la céphalée, des arthralgies, du prurit et de nombreuses papules qui devinrent hémorragiques en quelques heures; en dix jours le purpura disparut.

La deuxième est celle d'une femme de 30 ans ayant un érysipèle de la face avec néphrite hématurique; 7 jours après la première injection de sérum antistreptococcique, elle présenta de la fièvre, des arthralgies, un œdème rouge au point de l'injection; les jours suivants apparurent des papules surmontées d'une vésicule, dont quelques-unes étaient entourées d'un cercle hémorragique; les accidents s'atténuèrent rapidement, mais au bout de 6 jours, une rechute se produisit avec fièvre, érythème scarlatiniforme généralisé et purpura sur le tronc, les membres inférieurs et les avant-bras; la guérison se fit en quelques jours.

La troisième observation est celle d'un enfant de 4 ans, traité par la sérothérapie pour une diphtérie; au bout de 9 jours, il présenta de la fièvre, des arthralgies, du prurit et de l'urticaire qui disparurent en deux jours; le 11e jour, survint un purpura sur presque tout le corps, avec de grandes ecchymoses sur les membres.

Aucun des trois malades n'avait d'antécédents hémorragiques, ni reçu antérieurement de sérum; les plaquettes et le temps de saignement furent normaux, le temps de coagulation un peu raccourci, le signe du lacet positif seulement dans le deuxième cas. Il n'y eut pas d'hémorragies muqueuses ou viscérales et la guérison fut rapide, après un traitement par l'adrénaline *per os* et le chlorure de calcium intraveineux.

Rappelant la rareté de ces manifestations purpuriques, C. montre qu'il s'agit indiscutablement de manifestations anaphylactiques et non de purpuras infectieux. La vaso-dilatation produite par le choc anaphylactique n'est pas normalement capable de rompre les capillaires, mais une altération antérieure peut faciliter leur rupture; Samek l'a démontré expérimentalement chez des lapins dont les vaisseaux avaient été lésés par des métaux ou des sérums endothélio-toxiques; chez eux, le choc anaphylactique s'accompagne de purpura et de manifestations hémorragiques qui manquent chez les témoins.

L. Rouquès.

RIVISTA OSPEDALIERA (Rome)

G. Stirpe. *La cholestérinémie dans les diverses formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire; sa valeur pour le pronostic* (*Rivista ospedaliera*, tome XX, n° 11, Novembre 1930). — S. a dosé la cholestérine sanguine de 39 tuberculeux pulmonaires par la méthode de Grigaut, faisant au moins deux dosages par sujet. Il a trouvé des chiffres normaux dans 6 cas de tuberculose fibreuse et chez 8 malades atteints de tuberculose productive, apyrétiques ou subfébriles, et conservant un état général bon ou passable. Dans 16 cas de tuberculose exsudative à marche chronique, la cholestérinémie fut normale, subnormale ou basse, sans relation avec le caractère évolutif des lésions ou la marche de la température, mais en rapport net avec l'état de la nutrition générale; chez plusieurs de ces malades longuement suivis, dont les lésions s'aggravaient sans réagir sur l'état général, S. n'a pas noté de variations importantes de la cholestérinémie. Dans 5 cas sur 6 de tuberculose exsudative aiguë ou subaiguë à marche rapidement mortelle, la cholestérinémie fut normale; dans le dernier cas, chez le seul des 6 malades dont l'état général était mauvais, le chiffre trouvé fut très bas. Enfin, chez 3 malades atteints de bronchopneumonie ulcéreuse avec très mauvais état général, le taux de la cholestérine fut particulièrement bas.

Il n'y a donc pas de rapport entre les modifications de la cholestérinémie, le type anatomoclinique de la tuberculose, sa rapidité d'évolution et la présence de fièvre; seul l'état général semble influencer le taux de la cholestérine; mais une cholestérinémie normale peut s'observer chez des malades dont les lésions sont en pleine évolution; il n'y a rien à attendre du point de vue du pronostic du dosage de la cholestérine.

L. Rouquès.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

H. Schulten. *Les bases du pronostic au cours de l'infection puerpérale* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 13, 27 Mars 1931). — Plus que les chiffres absolus de mortalité, variables selon la gravité des cas traités, il importe de considérer au point de vue de leur pronostic les diverses formes de l'infection puerpérale.

L'endocardite septique, due en général aux streptocoques ou aux staphylocoques, s'accompagne ordinairement d'une septicémie avec nombreux germes et évolue avec une fièvre élevée et peu de frissons vers la mort quasi fatale.

La thrombophlébite aiguë relevant des mêmes germes présente un pronostic aussi défavorable. Souvent elle est difficile à diagnostiquer de la forme précédente; parfois une tumeur perceptible au toucher vaginal, des frissons répétés l'identifient plus nettement.

La thrombophlébite subaiguë ou chronique à streptocoques guérit dans 10 à 20 pour 100 des cas. Le pronostic s'améliore encore lorsqu'il s'agit de lymphangite du paramètre où la mortalité tombe à 50 pour 100 ou moins.

Les infections par le bacille gazeux de Frænkel peuvent être graves et justifier même parfois une intervention chirurgicale. Par contre le coli-bacille comporte un pronostic habituellement bénin.

Les cultures identifiant les microbes en cause (sécrétion vaginale, sécrétion cervicale, sang) sont aussi en mesure de fournir des indications utiles et permettent de ranger avec certitude les symptômes observés dans tel ou tel tableau clinique. Mais en règle générale le diagnostic peut être porté de par les seuls signes cliniques avant qu'on ait identifié les microbes, et il est aisé d'en déduire le pronostic évolutif.

G. Dreyfus-Sée.

H. E. Hering. *La pression sanguine régit par l'intermédiaire des régulateurs tensionnels (nerfs aortiques et nerfs du sinus); le tonus du para-sympathique* (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 13, 27 Mars 1931). — Le tonus du vague est élevé par l'augmentation de la tension sanguine et abaissé par la chute de la pression. Les régulateurs de la tension jouent donc un rôle homologue vis-à-vis du parasympathique. En particulier on peut déterminer par production de l'hypertension artérielle une augmentation du tonus des vaso-constricteurs des vaisseaux coronaires cardiaques et des bronches; l'effet inverse est obtenu par baisse de la tension à condition de ne faire intervenir simultanément aucun autre facteur. C'est ainsi qu'il convient de différencier nettement lors de l'épreuve de compression au niveau du cou les résul-


Pneumogéïne
Renard
Solution d'Iodure double de Théobromine et de Caféine
Dyspnées
Accidents Cardio-Rénaux
Echantillon sur demande
142, Avenue de Clichy, PARIS XVII°

tats obtenus en comprimant le sinus carotidien et ceux déterminés par la compression de la carotide. Alors que dans le premier cas, le tonus du vague est augmenté, il est abaissé dans le deuxième. La compression dans ces deux zones a donc des résultats diamétralement opposés et il faudra en tenir compte lorsqu'on voudra l'employer pour agir sur des syndromes tels que la tachycardie paroxystique, les extrasystoles, l'angine de poitrine, l'asthme, l'œdème aigu du poumon, etc.

G. Dreyfus-Sée.

E. Lucas et **H. Pollack.** ***Le diagnostic de la lymphangite carcinomateuse pulmonaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 13, 27 Mars 1931). — Se basant sur plusieurs observations cliniques, radiologiques et anatomo-pathologiques, L. et P. admettent la possibilité de porter un diagnostic de lymphangite carcinomateuse des poumons durant l'existence. Cette lésion se produirait relativement souvent lors de néoplasmes à distance: gastrique surtout.

Ses symptômes fonctionnels manquent le plus souvent, l'auscultation ne révèle que des signes vagues et diffus, mais par contre l'image radiographique montre un aspect spécial, enchevêtré, en filet à traits flous, avec une augmentation des ombres hilaires correspondant anatomo-pathologiquement aux ganglions hilaires carcinomateux.

Le diagnostic ne peut cependant être affirmé que si l'on a pu mettre en évidence la tumeur cancéreuse primitive.

G. Dreyfus-Sée.

Reinwein. ***Remarques sur le tableau symptomatique de l'hypoglycémie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 14, 3 Avril 1931). — L'utilisation habituelle de l'insuline a rendu plus fréquents les accidents hypoglycémiques que nombre de médecins ont encore tendance à méconnaître, attribuant au diabète lui-même les troubles observés et intervenant malencontreusement par une thérapeutique dangereuse. R. relate une série d'observations dans lesquelles les troubles étaient dus à des causes provocatrices variées: mauvaises répartition des doses, absorption insuffisante ou trop tardive d'hydrates de carbone, épisode diarrhéique entraînant une élimination excessive de sucre et déséquilibrant ainsi le rapport entre insuline et hydro-carbones, etc. Parfois c'est la persistance des symptômes après une administration de glucose en quantité insuffisante qui fait croire à des accidents diabétiques et non insuliniques et fait renoncer au traitement utile prescrit antérieurement. Dans nombre de cas les accidents se sont manifestés essentiellement par des troubles psychiques: crises de colère, ou torpeur, ou troubles de la parole, fou rire; des crises épileptiques ont été également observées mais elles sont relativement rares et c'est à tort que, se basant sur les résultats expérimentaux, on s'attend à les rencontrer comme manifestation habituelle de l'hypoglycémie.

Etant donné l'importance primordiale, au point de vue thérapeutique, du diagnostic de ces états, il faut savoir les reconnaître, et ne jamais négliger chez un diabétique présentant des phénomènes anormaux, surtout psychiques, de pratiquer l'examen des urines afin de différencier les phénomènes dus a un excès de sucre de ceux déterminés par une chute de la glycémie.

G. Dreyfus-Sée.

G. Heymann et **R. Bussel.** ***Sur l'utilisation du sang d'adulte pour la prophylaxie anti-morbilleuse*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 18, 1er Mai 1931). — Depuis les premiers travaux de Degkwitz l'efficacité prophylactique du sérum de convalescents de rougeole a été confirmée par de nombreuses observations.

La difficulté de récolte de sérum en quantité suffisante a fait employer depuis une dizaine d'années le sang d'adultes produit dont l'activité est d'autant plus grande qu'il s'agit de sujets ayant eu la rougeole depuis un laps de temps relativement faible ou dont l'immunité est entretenue par un contact fréquent avec des rougeoleux. Les quantités sont variables: 20 à 30 cmc suffisent souvent, mais pour avoir une sécurité plus grande il faudrait parfois des doses plus élevées pouvant aller jusqu'à 100 cmc, donc difficilement résorbées.

Les essais de réactivation par injection aux adultes, donneurs de sang éventuels, d'une petite quantité de sang de rougeoleux évolutifs ont donné des résultats partiels qui ont besoin encore de contrôle. Après de nombreuses tentatives d'immunisation, H. et B., constatant que la dose utile de sang croît assez rapidement avec l'âge, conseillent d'employer le sang d'adulte pour les nourrissons qui sont immunisés avec 20 cmc ou les petits enfants (20 à 30 cmc), et de réserver le sérum d'activité très supérieure mais plus difficile à obtenir, pour les enfants plus âgés ou les malades graves.

G. Dreyfus-Sée.

G. L. Dreyfus et **K. Meyer.** ***Répartition et évolution de la neurosyphilis*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 18, 1er Mai 1931). — D. et M. ont étudié une série de cas cliniques de syphilis nerveuses typiques et se sont efforcés de déterminer les éléments de pronostic évolutif. Au point de vue pronostique et thérapeutique il semble que tout se passe comme s'il s'agissait d'une syphilis nerveuse univoque. Dans la période de latence tardive, c'est-à-dire environ quatre ans après l'infection, l'examen du liquide céphalo-rachidien fournit des indications très utiles; il importe donc de pratiquer une ponction lombaire durant ce stade. Si les résultats de l'examen sont négatifs, et surtout le demeurent à 2 reprises à intervalle de 6 mois, tout danger de lésion syphilitique nerveuse peut être écarté.

Si le liquide fournit un résultat positif, il est utile, sauf contre-indications spéciales, de faire une cure mixte de salvarsan associé à la malariathérapie. Le retour à la normale du liquide, vérifié également 2 fois à 6 mois ou 1 an d'intervalle et coïncidant avec l'absence de symptômes tabétiques, permet de porter un pronostic favorable.

G. Dreyfus-Sée.

N. Henning et **H. Brugsch.** ***La répartition des facteurs antianémiques dans la muqueuse gastrique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 18, 1er Mai 1931). — La répartition du facteur antianémique dans l'estomac a déjà fait l'objet de nombreux travaux. On a pu démontrer qu'il ne siégeait pas dans la musculeuse mais seulement dans la muqueuse, qu'il existait dans les glandes du fond et dans l'antre, qu'il était indépendant du pouvoir peptique et qu'on pouvait éliminer la pepsine et le lab-ferment sans altérer les propriétés antianémiques de la muqueuse. Il importe, pour obtenir des extraits actifs, de vérifier la valeur relative, en facteur antianémique, des diverses portions de l'estomac. Les auteurs ont préparé dans ce but divers extraits de muqueuse gastrique et duodénale de porc et les ont essayés chez des malades atteints de maladie de Biermer. La poudre extraite de la muqueuse antrale s'est montrée nettement supérieure à celles obtenues en partant des muqueuses du cardia, du fond de l'estomac ou du duodénum.

G. Dreyfus-Sée.

Friedemann, Schnerel et **Lukas.** ***Nouveau mode d'administration du sérum antiscarlatineux*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 18, 1er Mai 1931). — Les résultats obtenus dans des expériences déjà nombreuses à l'aide du sérum antiscarlatineux paraissent, selon les auteurs, justifier l'emploi systématique de cette thérapeutique car il est impossible de prévoir au début d'une scarlatine si la maladie sera sévère ou bénigne.

Cependant cette sérothérapie n'est pas sans présenter quelques inconvénients sérieux. En particulier la quantité considérable de sérum nécessaire, 20 à 50 cmc et davantage, fait redouter les injections douloureuses et rend en outre le prix du médicament très élevé. La fréquence d'accidents sériques parfois sérieux fait également hésiter à employer le sérum dans les cas débutant de façon apparemment bénigne.

Pour obvier à ces inconvénients on a essayé de concentrer davantage le sérum, mais le liquide sirupeux hyperconcentré est mal absorbé.

Par contre une modification de technique serait susceptible d'apporter des résultats favorables.

Des essais pratiqués en Russie ont montré que les injections sériques intra-rachidiennes permettent d'employer des doses infiniment moins élevées que par voie intra-musculaire. Sans admettre les bases théoriques de ces recherches, F., S. et L. ont repris ces essais en employant la voie intra-veineuse et ont en effet réussi à obtenir des sédations cliniques plus rapides avec des doses dix fois moindres que pour le traitement intra-musculaire. Les réactions sériques furent rares et bénignes. Les auteurs supposent que lors des injections intra-musculaires, une assez importante partie de l'antitoxine est fixée localement sans parvenir dans la circulation. Si cette hypothèse est exacte, l'administration de sérum antidiphtérique par voie veineuse serait également théoriquement préférable.

Cependant ces recherches sont basées uniquement sur les résultats cliniques difficiles à apprécier étant donné les variations symptomatiques de la maladie, et nul dosage d'antitoxine n'a été pratiqué par les auteurs. Ceux-ci concluent cependant à la supériorité de leur méthode sur la voie intra-musculaire habituelle, et recommandent de l'employer en ayant soin de ne pas se servir de sérum contenant du carbol ou du tricrésol comme antiseptiques, et de contrôler la sensibilité du malade par une injection de 1 cmc intradermique pratiquée dix minutes avant l'injection intra-veineuse.

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin, Prague et Vienne).

J. Pal. ***Hypertension artérielle et état oculaire; hypertension, hypertonie et leurs signes organiques*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 6, 6 Février 1931). — P. rappelle les traits principaux des deux affections entre lesquelles il a établi une distinction fondamentale: l' « hypertonie permanente primaire », ou « hypertonie essentielle », qui correspond, dans l'ensemble, à l' « hypertension rouge » de Volhard, — et l'« hypertonie toxogène » ou hypertonie d'origine rénale, dont relève l' « hypertension blanche » de Volhard. Pour reconnaître le mécanisme et les particularités symptomatiques de ces deux variétés d'hypertonies, P. estime qu'il est utile de les étudier de préférence dans les terminaisons vasculaires des différents organes.

Dans l' « hypertonie essentielle » il s'agit d'un trouble, qui est d'abord purement fonctionnel, des petites artères, dont la lumière se trouve rétrécie, sans que leur paroi soit altérée ni épaissie. Dans l'hypertonie toxogène, au contraire, le trouble affecte d'emblée, outre les artérioles, les capillaires, les grosses artères, et aussi le cœur et les veinules. De même que le myocarde s'hypertrophie alors, d'une manière précoce, de même les parois artérielles et veineuses s'épaississent.

Cet état différent des veinules se manifeste par l'examen du fond de l'œil, d'après les recherches ophtalmoscopiques relatées par Guist dans l'article

suivant. Dans l'hypertonie essentielle, les veinules terminales, qui ont conservé leur souplesse et dont la paroi n'est pas altérée, se laissent distendre par le sang qui vient de traverser sous pression le réseau capillaire, et il en résulte des dilatations et des déformations sinueuses, en tire-bouchon, dont il est facile de se rendre compte à distance de la papille, et en particulier dans la région maculaire. Dans l'hypertonie toxogène, au contraire, les veines rigides et épaissies ne se laissent pas distendre, et les images de « veinules en tire-bouchon », ne se retrouvent pas au pourtour de la rétine.

Le comportement des veinules, dans les deux variétés d'hypertonie, expliquerait aussi que, dans l'hypertonie essentielle, les hémorragies, tant cérébrales que rétiniennes, soient plus fréquentes que dans l'hypertonie toxogène, ces hémorragies se produisant plus facilement dans les veinules ou dans les capillaires souples, qui résistent moins aux à-coups d'hypertonie.

La même particularité rendrait compte du teint souvent coloré des « hypertendus essentiels », de la pâleur, au contraire, des « hypertendus toxogènes ». L'examen des petits vaisseaux cutanés, à la loupe, permet de constater la dilatation des capillaires et des veinules dans le premier cas, — l'absence de cette dilatation dans le second.

La sinuosité de l'anse veineuse peut quelquefois aussi s'observer à l'examen capillaroscopique des sujets atteints d'hypertonie essentielle.

Les signes vasculaires périphériques de l'« hypertonie essentielle » pourraient se constater avant que l'hypertension artérielle n'ait fait son apparition, et comme signe avant-coureur de cette hypertension. Ils persistent sans modification chez l'hypertendu, lors même qu'un traitement approprié, — le repos au lit, par exemple, — fait baisser de 8 à 10 cm. sa tension artérielle. J. Mouzon.

G. Guist. ***Hypertension artérielle et état oculaire ; constatations ophtalmoscopiques dans l'hypertension et dans l'hypertonie*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 6, 6 Février 1931). G. estime que l'ophtalmologiste est en état de reconnaître, par le simple examen du fond de l'œil, l' « hypertonie essentielle » et l' « hypertonie toxogène », et cela avant même que l'élévation de la tension artérielle se soit produite et ait attiré l'attention sur ces affections. L'aspect caractéristique du fond de l'œil n'a de valeur que s'il se retrouve sur les deux yeux.

Dans l'*hypertonie essentielle*, le fond de l'œil est caractérisé par une légère dilatation et par des ondulations « en tire-bouchon » des veines les plus périphériques et les plus petites. Ces altérations, bien visibles dans la région maculaire, s'atténuent au fur et à mesure que l'on examine des veines plus volumineuses, et disparaissent complètement au voisinage de la papille, qui est normale. Cette disposition est l'inverse de celle des dilatations veineuses qui accompagnent la stase papillaire. On comprend que l'élévation de la tension veineuse ne détermine pas les mêmes altérations morphologiques, selon qu'elle est liée à un obstacle qui est situé en aval, et qui détermine de la stase, ou à l'augmentation de la vis à tergo du sang déversé dans les veinules par les capillaires. Les artères sont généralement d'aspect normal. Au niveau du croisement d'une artère et d'une veine, tantôt la veine est repoussée vers la profondeur par l'artère (hypertonie récente), tantôt elle paraît interrompue des deux côtés de l'artère (hypertonie avancée). Le premier aspect témoigne de l'hypertension, le second de l'épaississement de la paroi artérielle. Dans les cas très avancés, des stries blanches, qui longent les grosses artères, indiquent leur épaississement. L'examen histologique montre, — non seulement dans la rétine, mais aussi dans la choroïde, — des artères à parois très épaissies, et des veines à parois normales.

Les complications ophtalmoscopiques de l'hypertonie essentielle sont la papille de stase, les figures stellaires de la macula, et les hémorragies. La première est liée à l'hypertension intraveineuse, qui peut s'associer à l'hypertension artérielle; les deuxièmes sont les témoins d'une dégénérescence graisseuse locale; les hémorragies sont toujours liées à la rupture d'une veine.

Dans l'*hypertonie toxogène*, les ondulations des veinules terminales font défaut, parce que les parois veineuses épaissies ne se laissent pas distendre par le sang hypertendu. Les premiers signes ophtalmoscopiques sont, dans ce cas, plus tardifs que dans l'hypertonie essentielle. Ils s'observent aux points de croisement des artères et des veines: le vaisseau sous-jacent, qui se trouve dévié, paraît interrompu en ce point. De plus, artères et veines sont souvent accompagnées par une strie blanchâtre, qui marque leur épaississement. Ce tableau est celui que l'on observe dans l'intoxication saturnine, aussi bien que dans la sclérose rénale secondaire.

L'examen histologique montre, dans cette variété d'hypertonie, un épaississement des parois vasculaires, qui affecte à la fois les artères, les veines et les capillaires. Veines et artères sont souvent difficiles à distinguer. Ces caractères sont communs aux vaisseaux de la rétine et à ceux de la choroïde.

Le type ophtalmoscopique de l'hypertonie ne disparaît plus, une fois qu'il est installé, et cela même si l'hypertension artérielle a cédé.

J. Mouzon.

H. Strauss. ***Syphilis gastrique*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 8, 20 Février 1931). — Un homme de 50 ans se plaint, depuis un an, de douleurs de la région gastrique, qui ne sont pas rythmées par les repas, et qui ne s'accompagnent d'aucun signe dyspeptique. L'examen clinique ne révèle aucun signe objectif de lésion gastrique, mais le malade a été soigné, il y une vingtaine d'années, pour syphilis; il a une abolition des réflexes achilléens et un signe d'Argyll-Robertson; enfin il présente un peu d'œdème des jambes, et 31,75 pour 1.000 d'albumine dans ses urines, avec des cylindres hyalins, des hématies, des leucocytes.

L'examen du chimisme gastrique décèle l'hypoacidité. La recherche des hémorragies occultes dans les selles est négative. Mais l'examen radioscopique montre une vaste lacune de l'antre pylorique, sans sténose. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Le taux de l'azotémie étant de 0,48 pour 1.000, et l'épreuve de la concentration maxima de l'urée dans l'urine donnant un chiffre de 23 pour 1.000, on commence un traitement bismuthique, auquel on associe, quinze jours après, du néosalvarsan et de l'iodure de potassium à la dose d'un gramme par jour.

Après 2 mois de traitement, le malade souffre beaucoup moins et l'examen radioscopique montre une réduction considérable de la lacune, qui commence à se laisser imprégner par le repas baryté; mais le taux de l'albumine, qui a atteint 20 pour 1.000, continue à osciller entre 10 et 15 grammes.

A propos de cette observation, S. reprend l'histoire de la syphilis gastrique, ou du moins de sa variété antro-pylorique. Il insiste sur sa rareté, sur la difficulté de son diagnostic clinique, qui ne peut s'autoriser d'aucun signe caractéristique, mais seulement d'une somme de symptômes et de présomptions, enfin sur l'utilité que présente souvent l'intervention exploratrice à cet égard: celle-ci peut faire découvrir des lésions lointaines de péritonite syphilitique, ou bien un foie syphilitique, ou encore des lésions gastriques douteuses, dont l'examen biopsique permet de reconnaître la nature syphilitique.

A moins d'une quasi certitude du diagnostic de syphilis gastrique, il est prudent de toujours intervenir, pour ne pas laisser passer, en faisant un traitement spécifique, le moment d'opérer un épithélioma possible.

L'intervention, inversement, est quelquefois utile, dans des cas de syndromes gastriques graves, en mettant en évidence la nature syphilitique des lésions. S. relate un cas, qu'il a observé il y a quelque 30 ans. C'était un homme jeune, chez lequel avait été fait le diagnostic de carcinome gastrique, et qu'un chirurgien avait refusé d'opérer, sous prétexte que le cas était inopérable. Sur les instances de ce malade, qui présentait une tumeur gastrique palpable avec hémorragies, S. le fit opérer par un autre chirurgien; l'intervention, purement exploratrice, montra des lésions caractéristiques du foie syphilitiques. A la suite d'une cure iodo-mercurielle, le malade guérit complètement.

J. Mouzon.

H. J. Mamlok. ***La diathermie dans l'art dentaire*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 9, 27 Février 1931). — M. préconise la diathermie pour la stérilisation des racines dentaires. L'électrode inactive est tenue à la main par le malade. L'électrode active est constituée par une aiguille de Miller.

On ouvre d'abord largement la cavité dentaire, en ménageant un accès assez facile. On badigeonne la dent à la teinture d'iode. Puis on remplit la cavité d'hypochlorite à l'aide d'une fine aiguille. On introduit alors l'électrode active dans le canal, sans dépasser le tiers proximal, et on fait passer un courant de 60 mA environ. Dès que le patient sent une douleur, il doit lever la main libre, pour qu'on arrête le passage du courant. A moins de douleur, on agite doucement l'électrode dans le tiers proximal du canal pendant 2 à 3 secondes. On suspend ensuite le courant pendant 8 à 10 secondes, de manière à laisser à la dent le temps de se refroidir. On recommence alors l'application de diathermie pendant 2 ou 3 secondes, mais en pénétrant jusqu'au deuxième tiers de la racine. Après 8 ou 10 nouvelles secondes d'arrêt, on renouvelle la manœuvre, en poussant jusqu'au fond de la racine, mais sans violence. On enlève l'hypochlorite. On élargit les canaux, et on renouvelle, dans les mêmes conditions, l'application de diathermie, à une ou deux reprises différentes, après introduction de chloramine. On assèche les canaux avec de petites pointes de papier stérilisé, et on achève la dessiccation en faisant passer encore le courant 1 ou 2 secondes à 50 milliamp. On peut ensuite procéder à l'obturation définitive. Dans le cas de douleurs vives, de suppuration abondante ou d'odeur très putride au début du traitement, il est cependant prudent de n'obturer que provisoirement, et de renouveler les applications de diathermie à plusieurs jours d'intervalle.

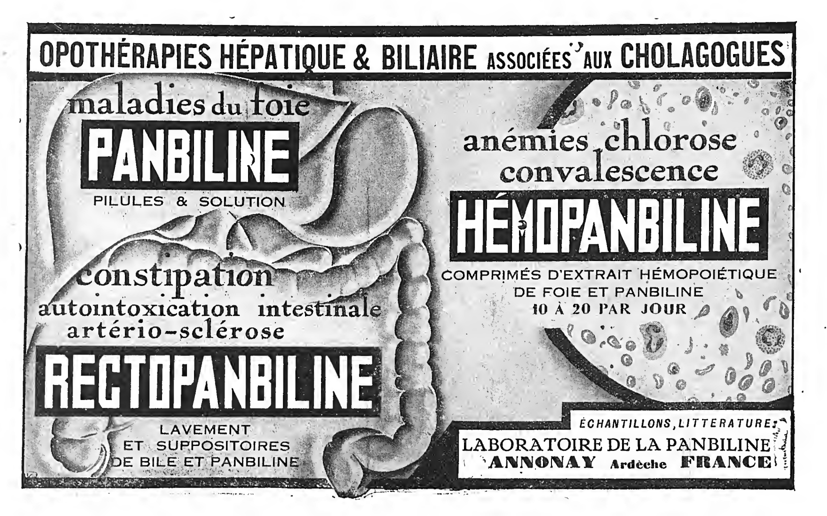
Il est intéressant de noter que, d'après Heiler, l'élévation de la température multiplie 20 fois l'activité de la chloramine.

La diathermie serait également utilisable pour l'extraction des pulpes infectées ou dénudées, mais sa technique est plus délicate, car il faut auparavant soit détruire la pulpe à l'acide arsénieux, soit l'anesthésier par injection.

Les couronnes d'aurification, les grosses obturations métalliques créent parfois une difficulté pour l'application de la diathermie, du fait de la dérivation du courant.

J. Mouzon.

O. Richter. ***Petite contribution à l'étude de la « mélanodermie de l'eau de Cologne », ancienne « maladie des breloques »*** (*Medizinische*


OPOTHÉRAPIES HÉPATIQUE & BILIAIRE ASSOCIÉES AUX CHOLAGOGUES
maladies du foie
PANBILINE
PILULES & SOLUTION
constipation
autointoxication intestinale
artério-sclérose
RECTOPANBILINE
LAVEMENT
ET SUPPOSITOIRES
DE BILE ET PANBILINE
anémies chlorose
convalescence
HÉMOPANBILINE
COMPRIMÉS D'EXTRAIT HÉMOPOIÉTIQUE
DE FOIE ET PANBILINE
10 À 20 PAR JOUR
ÉCHANTILLONS, LITTERATURE:
LABORATOIRE DE LA PANBILINE
ANNONAY Ardèche FRANCE

Klinik, tome XXVII, n° 9, 27 Février 1931). — W. Schwarzhaupt a avancé que l'irradiation solaire du tégument traité préalablement par l'eau de Cologne ou par l'alcool éthylique, déterminait d'emblée une pigmentation mélanique.

R., avec son élève Hans Havlicek, s'est appliqué à vérifier sur lui-même les assertions de Schwarzhaupt, et il relate, avec beaucoup de détails, les expériences qu'il a organisées. Malgré des frictions préalables à l'eau de Cologne ou à l'alcool éthylique, et même après sudation abondante, le soleil n'a déterminé, sur le bras ou sur le dos, que des érythèmes ou des « coups de soleil », mais nulle mélanodermie, — et cela même après un délai de plusieurs semaines. Chez 27 hommes ou femmes, Hans Havlicek n'a pas pu davantage déterminer le phénomène. R. n'a pu l'obtenir, sur lui-même, qu'à condition de reprendre les irradiations sur des régions qui ont été soumises au « coup de soleil », ou de les faire porter sur des régions normalement pigmentées. Au voisinage immédiat de zones pigmentées, le soleil ou les R. U. V. peuvent faire apparaître, après préparation au mastisol, une pigmentation précoce dès la deuxième fois, ou la troisième au plus tard.

Une seule fois, R. a obtenu, au voisinage de son aisselle, une pigmentation consécutive à une irradiation unique. Mais cette pigmentation a été tardive. Elle s'est produite seulement 6 à 12 jours après l'irradiation, à la suite d'une éruption phlycténulaire secondaire.

J. Mouzon.

ARCHIV für GYNAKOLOGIE (Berlin)

F. Hoffmann et **K. Anselmino.** ***Importance du pouvoir filtrant des capillaires cutanés dans l'apparition de l'ictère du nouveau-né*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXLIII, fasc. 3, Février 1931). — La statistique de Langstein prouve que l'ictère du nouveau-né est absent dans 20 pour 100 des cas, alors que l'hyperbilirubinémie néonatale est, d'après Hirsch comme d'après Ylppö, de règle. H. et A. se sont conséquemment attachés à rechercher les causes de ce phénomène. On a établi que la perméabilité des capillaires cutanés jouait un rôle dans l'apparition de l'ictère du nouveau-né, comme d'ailleurs dans d'autres ictères apparaissant à un âge plus avancé. H. et A. ont, alors, tenté de montrer par expérimentation l'influence de cette perméabilité capillaire sur la non-apparition de l'ictère. Il fallait, à cette fin, par l'emploi de substances susceptibles d'augmenter la perméabilité, provoquer chez des nouveau-nés non ictériques un ictère local. A cette fin, ils ont employé une solution d'histamine à 1 pour 10.000 dans laquelle ils faisaient passer, 3 minutes durant, un courant électrique de 2 milliampères. Au point d'application, il se produisit une vésicule qui atteignait son maximum au bout de 2 à 3 minutes : il n'y avait plus qu'à recueillir le produit transsudé et à l'examiner par colorimétrie. Le transsudat était de coloration jaune et cette coloration était identique à celle observée chez des enfants exactement du même âge, mais ictériques. On peut donc conclure que l'apparition de l'ictère chez le nouveau-né n'est pas conditionnée uniquement par le taux de la bilirubinémie, mais, bien plutôt, par la perméabilité de l'endothélium des capillaires cutanés.

Henri Vignes.

K. Julius et **T. Hoffmann.** ***Les causes de l'ictère du nouveau-né*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXLIII, fasc. 3, Février 1931). — Une théorie de l'ictère du nouveau-né se fonde sur les modifications qui se produisent dans les apports d'oxygène du fœtus lors de son passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine, de la respiration placentaire à la respiration pulmonaire. Pendant la vie intra-utérine, l'approvisionnement du fœtus en oxygène est défectueuse en sorte qu'à la naissance, le nouveau-né est très pauvre en oxygène. Pour compenser cet apport insuffisant, le fœtus met en œuvre les mêmes moyens que l'adulte au cours d'ascension à de hautes altitudes: accélération du pouls, augmentation du poids cardiaque, augmentation de l'hémoglobine et des globules rouges, variations de la courbe de dissociation.

Au moment de la naissance, l'oxygénation devient brusquement suffisante et les moyens de compensation deviennent superflus, de même qu'ils le deviennent chez les ascensionistes qui reviennent en plaine; il y a désintégration de l'excès d'hémoglobine, d'où bilirubinémie. C'est cette bilirubine qui est la cause essentielle de l'ictère du nouveau-né.

On s'est demandé pourquoi la bilirubinémie apparaît seulement quelque temps après la naissance. Il faut admettre qu'il y a réadaptation, au moment de la naissance, à un apport normal d'oxygène.

On s'est aussi demandé pourquoi l'apparition et l'intensité de l'ictère étaient si différentes suivant les sujets. Tantôt c'est affaire d'une variation de la teneur en bilirubine du sang, tantôt il faut expliquer ces différences par une différence dans le pouvoir de filtration des capillaires cutanés.

Henri Vignes.

K. J. Anselmino et **Fr. Hoffmann.** ***I. Démonstration d'une substance augmentant les corps acétonémiques (hormone thyroïdienne) dans le sang des femmes enceintes. II. Démonstration d'une substance augmentant le métabolisme basal (hormone thyroïdienne) dans le sang des femmes enceintes. III. Discussion des preuves de l'existence d'hormone thyroïdienne dans le sang des femmes enceintes*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXLV, fasc. 1, 6 Mars 1931). — I. — On trouve dans le sang des femmes en état de gestation, une substance qui est capable d'augmenter la production de corps acétoniques chez le rat, substance qui n'existe pas dans le sang des femmes non gravides: si on injecte 12 cmc 5 de sérum d'une femme arrivée au terme de la gestation, on détermine chez le rat une augmentation de l'acétonémie qui peut atteindre le double, voire même le triple du taux normal. Cette substance existe dès les premiers mois; mais elle augmente progressivement à mesure que la gestation se développe pour atteindre son maximum à terme et décroître très rapidement dans les suites de couches. La concentration de cette substance est bien moins élevée dans le sang du fœtus que dans celui de la mère; elle est même quasi inexistante. A. et H. l'identifient à l'hormone thyroïdienne. En effet, 1 cmc du sérum d'une femme enceinte à terme équivaut à 10 gamma de thyroxine pour la formation des corps acétonémiques chez le rat.

II. — Dans le sang des femmes gravides, A. et H. ont étudié une substance qui augmente le métabolisme basal du rat et qui ne se retrouve pas en dehors de la gestation: si on injecte 10 cmc du sérum d'une femme enceinte, après ultra-filtration et en répartissant cette dose en 5 injections, on obtient une augmentation du métabolisme basal atteignant 30 à 32 pour 100. Cette substance apparaît seulement au troisième ou quatrième mois; sa quantité augmente progressivement pendant toute la durée de la grossesse et diminue très rapidement après l'accouchement. On ne la retrouve pas dans le sang du fœtus. A. et H. l'identifient avec l'hormone thyroïdienne du métabolisme basal et estiment que 1 cmc de sérum de femme enceinte a sur le métabolisme du rat une action analogue à celle de 8 à 12 gamma de thyroxine.

III. — Dans un troisième, A. et H. font la preuve de l'hyperthyroïdisme gravidique grâce à la réaction de Reid-Hunt, au test du glycogène et à l'acétonémie provoquée. Cet hyperthyroïdisme augmente le métabolisme basal et diminue le temps de réduction de l'hémoglobine; il appauvrit l'organisme en glycogène, augmente l'acide lactique et les corps acétonémiques et conditionne la glycosurie alimentaire gravidique, la tachycardie gravidique et la vaso-dilatation. L'amplitude du pouls devient plus forte que normalement, la masse sanguine est augmentée et le poids du cœur est plus élevé. Enfin, au cours de la gestation, on observe une élévation de l'irritabilité neuro-musculaire: les réactions galvaniques en particulier sont nettement augmentées comme il est de règle dans la maladie de Basedow. C'est donc à l'hormone thyroïdienne qu'il faudrait rapporter ces modifications survenues au cours de la gestation.

Henri Vignes.

ARCHIV für KLINISCHE CHIRURGIE (Berlin)

K. H. Bauer. ***L'hémostase électrique et son mécanisme*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, tome CLXIII, cahier 4, 10 Mars 1931). — Le passage d'un courant de haute fréquence à périodes rapprochées à travers le corps détermine l'apparition des phénomènes thermiques de Joule qui ont été utilisés pour le réchauffement interne de l'organisme (diathermie). En employant des courants plus intenses et en diminuant la taille d'un des électrodes on a pu obtenir la coction des tissus qui constitue l'électrocoagulation.

Si, à l'aide de courant de très haute fréquence, à étincelles très rapprochées, on arrive à éliminer les phénomènes de faradisation, il devient possible de sectionner les tissus à l'aide de la chaleur développée dans ces tissus eux-mêmes.

Il est donc utile d'employer des électrodes dont les proportions relatives soient très strictement calculées, et autant qu'on peut, de se servir en tant qu'électrode active de tige très fine ou de lame très acérée.

Au niveau de la surface de section, l'observation empirique a montré qu'il y avait une hémostase parfaitement réalisée dans les capillaires et les petits vaisseaux. On peut même obturer un vaisseau qui saigne en employant secondairement l'électrocoagulation.

Les recherches de B. sur le mécanisme de cette hémostase électrique ont été faites à l'aide d'études sur les animaux (lapins, chiens) et également chez l'homme.

Il a réussi à individualiser au cours de l'arrêt de l'hémorragie 3 stades, différents histologiquement et se succédant dans le temps. La 1re occlusion vasculaire immédiate, lors de la section électrique, est déterminée par la contraction et la rétraction des vaisseaux, sous l'action de la chaleur associée à la formation d'un caillot constitué par les produits de destruction des substances albuminoïdes.

La 2e occlusion est due à l'accolement cellulaire des tuniques vasculaires qui s'intriquent les unes dans les autres (endothélium contre endothélium, média avec média, etc.). Enfin l'obstraction définitive est constituée par une thrombose qui assure l'oblitération persistante des vaisseaux par un caillot organisé lorsque la nécrose se poursuit à leur niveau. Les phénomènes spéciaux survenant au cours de l'hémostase électrique doivent leur explication aux conditions physiques.

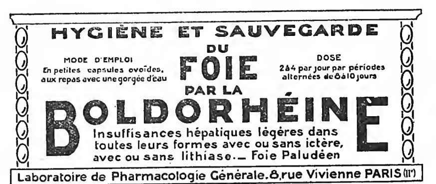
Les vaisseaux constituent au sein des tissus les zones où se développe le maximum de chaleur de résistance lors du passage des courants électriques. C'est donc à leur niveau que se fera surtout la désintégration des albumines, la libération des ferments coagulants, la lésion des endothéliums



SEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE
ENDOPANCRINE
(INSULINE FRANÇAISE)
LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE
48 RUE DE LA PROCESSION PARIS
1cm cube = 20 unités cliniques
échantillon gratuit
sur demande
EDITIONS PAUL-MARTIAL PARIS



ALZINE
ASTHME
EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES
Cas aigus : 4 à 5 pilules par jour pendant 5 jours.
Dose préventive : 2 pilules par jour pendant 15 jours.
ANTISPASMODIQUE PUISSANT - SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX
DIUROBROMINE
ALBUMINURIE
ASCITES - PLEURÉSIE
Dose diurogène : 3 à 4 cachets par jour pendant 5 jours.
Dose diurotonique : 1 à 2 cachets par jour pendant 10 jours
CONTRE TOUTES LES INSUFFISANCES RÉNALES
DIUROCARDINE
CARDIOPATHIES
NÉPHROPATHIES - PNEUMOPATHIES
Dose forte : 2 à 3 cachets par jour pendant 10 jours
Dose cardiotonique : 1 cachet par jour pendant 20 jours.
ACTION IMMÉDIATE - TOLÉRANCE ABSOLUE
DIUROCYSTINE
CYSTITES - URÉTHRITES
GOUTTE - RHUMATISMES
Cas aigus : 5 cachets par jour pendant 6 jours.
Cure de diurèse 2 cachets par jour pendant 15 jours.
DIURASEPTIQUE - ANTIARTHRITIQUE
LABORATOIRES L. BOIZE ET G. ALLIOT
9, AVENUE JEAN JAURÈS LYON 7e



HYGIÈNE ET SAUVEGARDE DU FOIE PAR LA BOLDORHÉINE
MODE D'EMPLOI
En petites capsules ovoïdes, aux repas avec une gorgée d'eau
DOSE
2 à 4 par jour par périodes alternées de 8 à 10 jours
Insuffisances hépatiques légères dans toutes leurs formes avec ou sans ictère, avec ou sans lithiase.— Foie Paludéen
Laboratoire de Pharmacologie Générale, 8, rue Vivienne PARIS (IIe)

amorçant les phénomènes de thrombose. Tous ces facteurs favorisant l'oblitération vasculaire et la formation du caillot contribuent donc à faire de la section électrique un procédé d'hémostase opératoire incomparable.

G. Dreyfus-Sée.

O. Kingreen. ***L'hyperglycémie post-opératoire*** (*Archiv für klinische Chirurgie*, tome CLXIII, cahier 4, 10 Mars 1931). — La question du diabète post-traumatique, des hyperglycémies passagères ou durables consécutives à des traumatismes graves, à des interventions choquantes, à des narcoses prolongées, à des infections du type chirurgical a donné lieu à de nombreuses discussions. L'existence même de certaines de ces hyperglycémies a été constestée.

K. a étudié la courbe glycémique chez 150 opérés en tenant compte de nombreuses circonstance : préparation du malade par purgation, morphine, diète; gravité de l'intervention, choix d'anesthésique; état général du malade, etc.

Il s'est efforcé aussi d'établir dans quelles conditions se produit l'hyperglycémie, quand il faut la craindre, et quelle est sa signification pronostique.

Chez l s malades calmes, ayant subi une opération aseptique, aucune hyperglycémie n'a été observée, quel que soit le mode d'anesthésie employé.

Par contre s'il y a eu des circonstances susceptibles d'énerver le malade, lorsque celui-ci s'est agité de façon notable avant d'être opéré, ou bien encore s'il y a eu des incidents (asphyxie) durant la narcose à l'éther, il faut s'attendre à une ascension passagère de la courbe glycémique après l'intervention même pratiquée aseptiquement et sans complication.

Les opérations aseptiques sur l'abdomen, le cerveau, les os, les articulations déterminent fréquement une hyperglycémie qui évolue différemment de celles consécutives aux causes psychiques précédentes.

Enfin les interventions dans des régions infectées, et celles portant sur le foie ou le pancréas sont habituellement accompagnées d'hyperglycémie persistant souvent de façon prolongée.

Seules les hyperglycémies durables doivent entrer en ligne de compte dans l'établissement de la thérapeutique post-opératoire. On ne s'occupera nullement de celles qui ne dépassent pas 0,15 pour 100 et ont disparu en moins de 3 à 5 heures.

Au delà de ces proportions, l'élévation du sucre sanguin peut amener des troubles et compliquer l s suites opératoires.

Il importe donc lorsqu'on effectue les interventions susceptibles de déclancher l'hyperglycémie de surveiller son évolution et d'enrayer par le traitement approprié les accidents post-opératoires.

G. Dreyfus-Sée.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Hess et **Faltitschek.** ***Achylie gastrique et syringomyélie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 8, 20 Février 1931). — Au cours de l'examen de 29 cas de syringomyélie, H. et F. ont retrouvé dans 28 pour 100 des cas une achylie gastrique marquée. Ils ont recherché la présence de pepsine après repas d'épreuve et ont pu constater également l'absence d'HCl libre après ingestion d'histamine.

La pathogénie de ce trouble prête à la discussion : les examens radiologiques systématiques ont montré un temps d'évacuation normal et une parfaite continence du pylore ce qui exclut toute origine hyperpéristaltique de cette achylie; par contre, H. et F. ont noté dans plus de la moitié des cas de la ptose de l'antre pylorique.

Il apparaît donc à H. et F. que, contrairement aux troubles de la motricité gastrique retrouvés dans les scléroses de la moelle, et qui reconnaissent une origine vagale, ceux de la syringomyélie constituent un stigmate constitutionnel de dégénérescence. Anacidité, atonie et ptose coïncident fréquemment avec les signes de la « myélodysplasie » (spina bifida), avec l'hypoplasie génitale, la gynécomastie, la cholélithiase, les anomalies du système pileux, les côtes cervicales et la myotonie.

G. Basch.

E. Lœvenstein. ***Sur l'immunité tuberculeuse*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 8, 20 Février 1931). — L. bat en brèche l'opinion admise jusqu'à présent que « seul l'organisme tuberculeux est immunisé contre la tuberculose » et que, par suite, il n'est possible d'obtenir une immunité qu'au moyen de bacilles vivants. Les résultats de l'expérience fondamentale de Koch établissant qu'un cobaye tuberculeux ne réagissait pas à une seconde infection comme un cobaye sain n'ont pas été vérifiés par des recherches ultérieures: du moins il a été prouvé qu'il fallait pour cela en premier lieu que le cobaye soit gravement infecté, en second lieu que la dose de bacilles utilisée pour la réinfection ne dépasse pas une certaine grandeur.

L'opinion de L. est différente; d'après lui le cobaye gravement infecté contient dans son organisme de telles masses de bacilles tuberculeux qu'il ne réagit à une réinfection légère que de façon relativement anodine.

Les phénomènes qui suivent la réinfection se séparent de ceux qui succèdent à l'infection première par la brièveté de l'évolution et par l'aspect histologique non spécifique de l'infection tuberculeuse.

L. s'est demandé ce que devenaient dans l'organisme les bacilles de réinfection: il a pu établir que ceux-ci non seulement n'étaient pas tués dès leur introduction, mais encore pénétraient dans le sang, ce qui cadre avec les expériences poursuivies par Kolle et Prigge dans la syphilis, montrant que, chez le lapin immunisé, les spirochètes de réinfection pénétraient dans le sang et atteignaient les glandes.

Ainsi donc cette apparente indifférence de l'organisme à la réinfection n'a rien à voir avec l'immunité; celle-ci consiste en effet dans la protection de l'organisme vis-à-vis d'une maladie après guérison de celle-ci. Dans la tuberculose et la syphilis, il y a plus d'immunité dès que le processus morbide est éteint: aussi peut-on dire que la réaction à la tuberculine est le signe de l'infection et non de l'immunité.

C'est en partant de ces principes que L. a considéré dès 1926 que la vaccination au BCG paraissait injustifiée. Il a prouvé de plus qu'il y avait bacillémie dans un très grand nombre d'affections tuberculeuses.

G. Basch.

Spengler. ***Contribution au traitement de la cirrhose du foie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 8, 20 Février 1931). — Le traitement des œdèmes par les sels mercuriels associé à l'ingestion d'ammoniaque a donné entre les mains des auteurs qui l'ont utilisé des résultats très supérieurs aux injections isolées de Salyrgan ou de Novasurol. On a ainsi obtenu la résorption d'œdèmes locaux tels que ceux de la phlébite ou d'hydarthroses.

D'excellents résultats ont été également notés dans la cirrhose ascitogène, à tel point qu'on a l'impression d'une véritable amélioration des fonctions hépatiques. S. utilise comme sels mercuriels le Novurit dont il a pu vérifier la très faible toxicité, et, d'autre part, il administre l'ammoniaque sous forme de pilules enrobées de gélatine: le Gélamon que les malades absorbent très facilement.

La technique utilisée est la suivante: pendant 3 jours consécutifs administration de 10 tablettes de Gélamon et le troisième jour, injection intramusculaire d'un cmc de Novurit; le même cycle est repris au bout de quelques jours si les effets sont insuffisants.

Les 3 observations relatées par S. illustrent ce qui précède: il a obtenu dans 3 cas de cirrhose alcoolique des diurèses de 4 à 6 litres et demi avec disparition de l'ascite.

G. Basch.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

J. R. Jankelson et **A. Rudy.** ***Présence simultanée d'ulcère gastrique et de diabète ou de glycosurie*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXI, n° 3, Mars 1931). — J. et R. ont rencontré dans 11 cas la coexistence d'un ulcère gastrique et d'un diabète ou d'une glycosurie.

Dans 6 de ces cas, il s'agissait d'un diabète, d'ailleurs bénin et ne nécessitant pas d'insuline, compliqué d'ulcère gastrique au cours de son évolution. Dans 3 cas il s'agissait d'ulcère s'accompagnant d'une glycosurie intermittente qui semblait bien causée par l'ulcère, car celui-ci pénétrait dans le pancréas, déterminant de la pancréatite, comme le montra l'opération dans 2 cas, et la glycosurie disparut chez ces 3 malades avec la guérison de l'ulcère. Dans 2 cas enfin il existait un ulcère et de la glycosurie avec diminution de la tolérance hydrocarbonée, sans qu'il ait été possible de préciser si l'ulcère était la cause de la glycosurie ou si la glycosurie était vraiment diabétique.

Ces cas créent souvent des difficultés diagnostiques. L'ulcère est fréquemment méconnu au cours du diabète. Si le malade a beaucoup de sucre dans l'urine, il est considéré comme un diabétique et les symptômes digestifs sont rapportés au diabète. La persistance des troubles digestifs, une fois que le diabète est maîtrisé, doit faire penser à des lésions du tube digestif. La faim douloureuse est un symptôme trompeur, car il peut exister aussi bien dans le diabète que dans l'ulcère. Le diagnostic sûr de l'ulcère au cours du diabète ne peut être fait qu'en se basant sur les antécédents, les signes radiologiques et l'épreuve thérapeutique. Il doit être fait à temps, le régime alimentaire habituel des diabétiques pouvant donner un coup de fouet à un ulcère passé inaperçu.

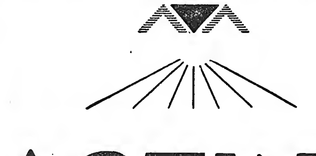
La glycosurie est souvent méconnue au cours de l'ulcère, car elle est fréquemment intermittente. Elle est d'interprétation délicate. Il est difficile de dire s'il s'agit ou non de glycosurie diabétique vraie. La courbe donnée par l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée ne donne pas de résultats indiscutables. La glycosurie accompagnant un ulcère peut être le résultat d'une pancréatite de n'importe quelle origine. Si la glycosurie disparaît avec un régime d'ulcère, on est en droit d'affirmer qu'elle est causée par l'ulcère. Si elle persiste quand l'ulcère est devenu quiescent, il faut suspecter d'autres causes de pancréatite. Si l'on n'en trouve pas, le cas doit être considéré comme un diabète bénin.

Le traitement est moins difficile qu'il ne le paraît à première vue. Dans le diabète bénin le régime de l'ulcère (régime de Sippy) suffit à maîtriser d'ordinaire la glycosurie. On peut utiliser l'insuline, surtout chez les malades en état de dénutrition. On ne l'emploiera qu'avec une extrême prudence au cas de sténose pylorique, car on peut déterminer de l'hypoglycémie du fait de la rétention des aliments dans l'estomac. La glycosurie due à une pancréatite au voisinage de l'ulcère ne répond pas toujours au traitement médical et l'opération est souvent nécessaire.

P.-L. Marie.



dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour
en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ



ACTINE



BILIVACCIN
PRODUIT DE LA BIOTHÉRAPIE
VACCINATION PAR VOIE BUCCALE
contre
la TYPHOIDE
PARA-A et PARA-B
la DYSENTERIE BACILLAIRE
le CHOLÉRA
et contre
les COLIBACILLOSES
Littérature et Echantillons sur demande
H. VILLETTE
Pharmacien
131, Rue Cambronne
PARIS-15e
Téléph. : Vaugirard 11-23



REVUE DES JOURNAUX

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

Luis Morquio (Montevideo). ***Méningite tuberculeuse consécutive aux oreillons*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome II, n° 3, Mars 1931). — Le virus ourlien a une affinité singulière pour le système nerveux, surtout pour les méninges. Les lésions cellulaires, les modifications du liquide céphalo-rachidien qu'il détermine, si elles restent le plus souvent latentes, donnent lieu souvent aussi à des manifestations cliniques méningitiques, de forme et d'intensité variables, qui peuvent précéder, accompagner ou suivre la fluxion des glandes salivaires. La méningite ourlienne peut encore apparaître en dehors de toute localisation glandulaire apparente. Elle est d'un pronostic presque toujours favorable, à l'encontre de la méningite tuberculeuse à laquelle elle ressemble beaucoup, tant au point de vue clinique qu'à celui des examens cytologiques. Les difficultés du diagnostic sont encore augmentées par ce fait qu'il y a des cas où, derrière les oreillons suivis ou non de méningite ourlienne, se développe une véritable méningite tuberculeuse. L'A. qui avait déjà publié une observation de méningite ourlienne guérie, puis suivie deux mois après de méningite tuberculeuse mortelle, vérifiée à l'autopsie, apporte cette fois 3 nouveaux cas, mortels eux aussi, de méningite tuberculeuse provoquée par l'infection ourlienne. De ces 4 cas, il y eut, pour les 2 premiers, parotidite et méningite ourliennes précédant de 2 mois, de 3 mois, la méningite tuberculeuse ; pour les 2 autres, la tuberculose méningée apparut d'emblée, quelques jours après la fluxion salivaire ourlienne. Dans les 4 cas, la nature tuberculeuse des lésions méningées, prouvée soit par l'autopsie, soit par l'inoculation expérimentale ou la cuti-réaction, ne peut être mise en doute.

P. Grisel.

Domingo Prat. (Montevideo). ***Le cholépéritoine hydatique et l'hydato-péritoine*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome II, n° 3, Mars 1931). — Cholépéritoine hydatique et hydatopéritoine sont cliniquement confondus, séparables seulement par l'examen du liquide obtenu soit par ponction, soit par l'opération ; aussi l'A. fait-il de ces complications de l'échinococcose une étude globale. De belles photographies permettent de comparer les diverses sortes de gros ventre par épanchement.

Malgré ces différences d'aspect, le diagnostic, dans les cas à début insidieux, reste douteux, en dehors de ceux exceptionnels où le frémissement hydatide est recherché et perçu. Les réactions humorales de Ghedini-Weinberg, celle surtout de Casoni, donneraient un résultat positif si elles étaient pratiquées. L'éosinophilie forte a seule quelque valeur.

L'origine et la nature de la collection intra-abdominale seront plus apparentes lorsqu'elle se sera rapidement développée après la disparition brusque, soit traumatique, soit spontanée, d'une tumeur hépatique connue.

Cependant, même lorsqu'une opération antérieure a montré la nature échinococcique de la tumeur primitive, il reste encore malaisé d'indiquer la nature d'une grosse collection abdominale ultérieurement apparue. L'observation intéressante de ce mémoire, que voici résumée, en est la preuve.

J. M., âgé de 33 ans, est opéré d'un volumineux kyste hydatique de l'hypochondre droit, par évacuation, formolisation, suture complète immédiate. Guérison rapide avec état normal apparent durant 3 ans, puis, après une chute de cheval, le volume de l'abdomen augmente progressivement pour devenir énorme au bout d'un an. Le diagnostic de cholépéritoine hydatique posé, la cavité est ouverte à l'anesthésie locale ; mais, au lieu d'un épanchement libre enkysté, on trouve une grosse tumeur kystique appendue au foie et remplissant l'abdomen. La ponction donne 9 litres et demi de liquide bilieux, vert foncé. Résection partielle, marsupialisation de la poche, guérison en 3 mois. A l'examen microscopique, le liquide ne contenait aucun élément hydatique, et une réaction de Hay positive indiquait la présence d'acides biliaires.

Le diagnostic définitivement adopté fut ici celui de pseudo-kyste biliaire.

Pour ce qui est du traitement du cholé et de l'hydato-péritoine, l'A. conseille l'intervention limitée à l'évacuation et au drainage de la collection intra-péritonéale enkystée ; le kyste hépatique primitif, l'hydatidose secondaire péritonéale, si elle existe, ne seront opérées que secondairement.

P. Grisel.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Lebeuf et **Mollard.** ***Morphologie des aurides*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, tome II, n° 2, Février 1931). — L. et M. font un essai de classification des accidents cutanés qui ont été observés avec les divers sels d'or.

1° *Aurides muqueuses avec stomatite* étendue à toute la muqueuse buccale, d'abord rouge, puis blanchâtre, d'aspect lichénien ou leucokératosique; elle peut apparaître dès le début du traitement ou 3 semaines après; elle s'accompagne parfois d'ulcérations, de dysphagie; elle guérit en une quinzaine de jours.

2° *Aurides cutanées:* on peut observer des *érythèmes* divers: un *érythème localisé*, placard rouge et douloureux qui naît sur le thorax ou sur le pli du coude, qui a reçu la dernière dose; un *érythème du 9e jour*, biotropique; un *érythème généralisé*, accompagné de fièvre et de phénomènes généraux (vomissements, diarrhée, albumine), du type rubéoliforme ou scarlatiniforme, qui dure une semaine environ et laisse après lui une desquamation furfuracée.

Plus graves sont les *érythrodermies* érythémato-squameuses ou vésiculo-œdémateuses, qui peuvent durer 5 à 6 semaines et desquament ensuite en squames épaisses; certaines formes se sont terminées par la mort.

On a signalé également du *purpura* avec ou sans autres hémorragies, du *prurit*, de l'*urticaire*, des *dermites eczématiformes*.

Les injections de sels d'or peuvent aussi provoquer d'autres affections cutanées telles que le *lichen plan*, le *granulome annulaire*, le *lichen scrofulosorum*. Enfin on peut observer après la chrysothérapie des *réactions focales*, les lésions tuberculeuses devenant plus rouges, plus saillantes et plus douloureuses.

R. Burnier.

Sézary et **Barbé.** ***La paralysie générale dans la population rurale*** (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, tome II, n° 3, Mars 1931). — S. et B. ont fait une étude statistique de la paralysie générale dans la population rurale; ils concluent que cette affection existe à la campagne, mais qu'elle y est rare. Le nombre des admissions pour paraylsie générale dans les asiles d'aliénés des départements est en rapport avec l'importance de la population urbaine. Plus le nombre des citadins est élevé dans un département, plus le pourcentage des paralysies générales est important.

Dans un département, le nombre des paralysies générales est en rapport avec le nombre des syphilitiques; or, précisément, la proportion de ceux-ci est d'autant plus importante que le pourcentage de la population urbaine par rapport à la population rurale est plus élevé.

C'est la rareté relative de la syphilis dans les campagnes qui explique la rareté relative de la paralysie générale dans la population rurale.

Les habitants des campagnes ne sont pas cependant à l'abri de la paralysie générale. Ceci montre bien que le rôle du surmenage intellectuel dans l'étiologie de la paralysie générale n'a pas une grande importance.

R. Burnier.

ARCHIVES DE L'INSTITUT PROPHYLACTIQUE (Paris)

Arthur Vernes. ***Pour l'extinction de la syphilis en France*** (*Archives de l'Institut Prophylactique*, tome III, n° 1, 1931). — En syphilimétrie, la partie se joue sur deux tracés, l'un pour le sang, l'autre pour la ponction lombaire. On ne doit jamais tirer une conclusion d'un résultat photométrique isolé, et c'est travailler pour la maladie que de négliger le contrôle rigoureux de l'action thérapeutique par le renouvellement en *temps voulu* de la prise de sang et de la ponction lombaire.

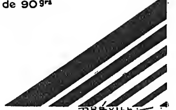
Les humeurs syphilitiques se caractérisent par des mouvements de montée et de descente à grande amplitude; le photomètre en permet la constatation. Le graphique est toujours un juge implacable qui enregistre les moindres erreurs. Celles-ci sont souvent commises parce qu'on a mal placé la ponction lombaire; Vernes insiste sur ce point et publie un de ses dossiers dans lequel plusieurs fautes ont été relevées; un second graphique illustre le fait que la méningite syphilitique n'échappe pas aux règles générales du contrôle: on n'a jamais observé de reprise de l'infection quand, à partir de la dernière injection d'arsénos, les deux tracés, ramenés au bas de l'échelle, ne sont pas remontés pendant huit mois.

Arthur Vernes. ***Introduction aux conditions expérimentales du traitement de la syphilis ; les signes humoraux de la syphilis*** (*Arch. Institut Prophylactique*, tome III, n° 1, 1931). — V., pour que les lecteurs des *Archives* aient une documentation aussi complète que possible, a cru nécessaire de reproduire intégralement sa *Thèse* de doctorat en médecine, soutenue à Paris en 1913, qui comporte une série de recherches sur le Wassermann, sur la ponction lombaire et sur les arsénobenzènes.

Dès ce moment-là, l'auteur exprima l'idée que « pour le clinicien et pour le thérapeute ce n'est pas seulement le résultat brutal positif ou négatif qui importe, mais la possibilité, en présence de plusieurs réactions successives opérées sur un même malade, de pouvoir les comparer; autrement dit, de pouvoir *suivre leur évolution* ». Ce résultat fut alors obtenu par le procédé colorimétrique à neuf teintes qu'il décrivit, et par les graphiques qu'il établit.

Dès cette époque aussi, V. insista sur la nécessité absolue des ponctions lombaires renouvelées, pour mener à bien le traitement du syphilitique.

En somme, dit-il, « au-dessus d'un médicament



donné et au-dessus d'actuelles difficultés techniques, il existe une idée directrice d'où dépend l'avenir du traitement de la syphilis », c'est l'étude des *mouvements* de la courbe du sang et de celle du liquide céphalo-rachidien.

Adélaïde B. Baylis. ***Réactions sérologiques dans un cas de tuberculose des séreuses*** (*Arch. Institut Prophylactique*, tome III, n° 1, 1931. — Observation d'un médecin chez lequel, après une bronchite d'apparence banale, la fièvre continua avec léger épanchement pleurétique. Le Vernes-résorcine donna l'indication de tuberculose (degré photométrique : 43), alors que la clinique, les radiographies, la réaction de déviation du complément éliminaient un tel diagnostic.

Le sujet mourut peu de semaines après. L'autopsie dévoila la présence, au niveau des poumons, de lésions cicatricielles et, sur le péritoine et sur la surface du foie, d'un semis de petits tubercules « aussi serrés que des grains de sel tombés d'une salière ».

L'auteur s'appuie sur cette observation pour insister sur la valeur de la séro-floculation à la résorcine dans les cas à diagnostic difficile.

A. Tilmant. ***Quelques observations pour servir à la compréhension de la séro-floculation de Vernes à la résorcine*** (*Arch. Institut Prophylactique*, tome III, n° 1, 1931). — Quatre observations sont rapportées, différentes absolument les unes des autres, mais montrant toutes l'importance de la séro-floculation à la résorcine pour diagnostiquer l'infection tuberculeuse ou en suivre l'évolution. Dans un cas, par exemple, le relèvement de l'index photométrique précéda de cinq jours l'apparition des signes cliniques d'aggravation. Dans un autre cas, à la suite d'une hémoptysie, le diagnostic clinique et radiologique penchait en faveur de la tuberculose alors qu'en réalité il s'agissait d'une hémoptysie d'origine syphilitique.

Henry Chauchard. ***Du dépistage de la tuberculose chez les noirs par la séro-floculation à la résorcine*** (*Arch. Institut Prophylactique*, tome III, n° 1, 1931). — Démasquer une tuberculose latente chez les noirs au moment de l'incorporation, avant leur départ pour la métropole, serait d'une importance capitale. Les recherches de l'auteur font admettre que la séro-floculation à la résorcine le permet.

Il a été examiné 400 sérums de noirs africains, accomplissant leur service militaire en France et s'étant bien portés depuis leur arrivée. Chez 26 d'entre eux, un degré photométrique au-dessus de 30 a été relevé. L'observation ultérieure montrera s'il s'agit de sujets en imminence de tuberculose.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

A. Jaubert de Beaujeu (Tunis). ***Sur l'examen radiographique de profil pour la localisation des affections intrathoraciques*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome XV, n° 3, Mars 1931). — Sous l'influence de la radiologie cardio-vasculaire on a beaucoup trop tendance à utiliser l'examen oblique à l'exclusion de l'examen de profil. Or, des travaux en particulier de Armand-Delille, Lestocquoy, R. Lehman, pour ne citer que des Français, ont montré que les examens frontaux et obliques laissaient certaines zones invisibles (régions cachées par le cœur, parties antérieures et postérieures du sinus). Il importe donc d'appeler l'attention sur l'importance de l'examen de profil qui est indispensable.

A l'exception de cas bien particuliers, le patient sera debout ou assis, le côté à examiner contre le cliché, les deux bras élevés au-dessus de la tête et un peu rejetés en arrière, de façon à amener les omoplates tout à fait postérieurement. La radiographie sera prise en plaçant l'ampoule le plus loin possible pour éviter les déformations, mais l'éloignement est limité par la puissance de l'appareil, car il vaut mieux une épreuve déformée mais obtenue en instantané qu'une épreuve à distance devenue floue par temps de pose exagéré.

Pour l'examen des parties hautes il est préférable d'user de la position de Barsony et Koppenstein : le malade est assis sur le bord d'un siège, l'un de ses pieds pend librement, l'autre repose sur un petit tabouret, une épaule appuie sur le châssis porte-film, la jambe libre est maintenue par les deux mains jointes après légère flexion du genou, les épaules sont ainsi entraînées en avant, la tête est en légère hyperextension.

Le gros intérêt de cet article réside dans les très belles radiographies qui l'accompagnent et qui permettent de se rendre compte de la valeur de la méthode. Elles concernent : une grosse tumeur du médiastin, une condensation pulmonaire très antérieure, une condensation antérieure du poumon descendant jusque dans la partie antérieure du sinus, une scissurite, une pleurésie purulente localisée, une scissurite avec zone de condensation pulmonaire, une condensation pulmonaire avec deux petites images hydroaériques ; un kyste hydatique chez un sujet présentant une éventration diaphragmatique.

A. Laquerrière.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

J. Morelle (Louvain) et **Bessemans** (Gand). ***Contribution à l'étude de la valeur et de la signification pratiques du Besredka*** (*Revue belge des Sciences médicales*, tome III, n° 2, Février 1931). — M. et B. ont appliqué l'épreuve de la fixation du complément (au moyen de l'antigène de Besredka), en vue du diagnostic de la tuberculose, dans 557 cas qui se décomposent comme suit : 215 affections tuberculeuses, 129 cas témoins (non tuberculeux), 125 cas de psoriasis ou de pelade, 88 cas d'asthme ou de prurigo.

Les résultats suivants ont été observés :

Dans 69 cas de tuberculose chirurgicale : 73,8 pour 100 de réactions positives (t. génito-urinaires 75 pour 100, adénites 72 pour 100, ostéo-arthrites 66,6 pour 100).

Dans 83 cas de tuberculose cutanée : 73,5 pour 100 de réactions positives (lupus 66,6 pour 100, t. verruqueuse 80 pour 100, t. ulcéro-gommeuse 64,2 pour 100, érythème induré 93,7 pour 100, t. papulo-nécrotique et divers 66,6 pour 100).

Dans 25 cas de tuberculides : 56 pour 100 de réactions positives (lupus érythémateux 57,1 pour 100, tuberculides divers 50 pour 100).

Dans 19 cas de tuberculose pulmonaire : 90 pour 100 de réactions positives.

Dans 19 cas suspects de tuberculose : 73,6 pour 100 de réactions positives.

Dans 129 cas d'affections diverses non tuberculeuses (cas témoins) : 18,6 pour 100 de réactions positives (résultat global) et 10,9 pour 100 (résultat rectifié).

Dans 38 cas de pelade : 44,7 pour 100 de réactions positives.

Dans 87 cas de psoriasis : 33,3 pour 100 de réactions positives.

Dans 68 cas d'asthme : 66,1 pour 100 de réactions positives.

Dans 20 cas de prurigo : 70 pour 100 de réactions positives.

De l'étude comparative de tous ces cas, M. et B. pensent pouvoir déduire principalement ce qui suit :

L'état avancé des lésions, les complications, le mauvais état général du sujet entraînent une diminution du pourcentage de positivité ; la réaction pourrait de ce fait avoir une certaine signification au point de vue du pronostic.

Les affections de nature allergique (notamment le prurigo et l'asthme bronchique) fournissent un haut pourcentage de réactions positives non spécifiques ; elles constituent ainsi une cause d'erreur, dont il y a lieu de tenir compte.

Le psoriasis et la pelade donnent un nombre de réactions positives plus élevé que les groupes témoins : faut-il voir dans ce fait un argument en faveur de la nature tuberculeuse de ces dermatoses ?

Un pourcentage assez élevé de réactions positives s'observe dans le lupus érythémateux : est-ce là un argument en faveur de la classification de cette dermatose parmi les tuberculides ?

La guérison ou l'amélioration des affections à Besredka positif peuvent entraîner une diminution ou une disparition parallèles de la positivité ; le pronostic pourrait ainsi profiter dans une certaine mesure de la répétition de l'épreuve de fixation.

Il n'y a pas de parallélisme entre la cuti-réaction à la tuberculine et la réaction de Besredka. Il paraît exister une certaine relation inverse entre l'incidence des cas et la fréquence des réactions de fixation positives avec l'âge ; la chose semble être en relation avec l'apparition de tuberculoses chez les personnes âgées.

La valeur pratique du Besredka est très restreinte dans la tuberculose non pulmonaire. Par contre, dans la tuberculose pulmonaire débutante et dans les cas suspects de tuberculose, l'épreuve peut parfois concourir utilement au diagnostic.

Au point de vue scientifique, le Besredka paraît susceptible d'apporter des renseignements intéressants dans certaines affections, dont l'étiologie demeure incertaine.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

R. Colella. ***Influence de l'eau de boisson sur l'accroissement corporel et sur le développement du goitre et des dysthyroïdies*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome X, n° 3, Février 1931). — Dans certains quartiers de Palerme et dans une partie de ses environs, les goitres et les manifestations de dysthyroïdies sont si fréquents qu'ils y sont presque à l'état endémique. C. a recherché les raisons de cette fréquence anormale ; il expose, dans cet important mémoire illustré de plus de 100 photographies, les résultats de 25 ans d'études cliniques et de plusieurs années d'expérimentation.

Lorsqu'on examine la répartition géographique des cas, on s'aperçoit qu'ils s'observent dans une zone desservie par une même eau de boisson ; celle-ci circule à découvert, dans des canaux envahis par les herbes aquatiques, et jusqu'à peu de temps on pouvait dire qu'il y avait là « une négation de l'hygiène moderne » et « un danger pour la vie des habitants ». Par contre, les goitres sont exceptionnels dans le reste de la ville et des environs, alimentés par une eau captée dans de bonnes conditions.

C. a étudié expérimentalement l'action de ces eaux goitrigènes ; les chiens et les chats qui en boivent dès leur naissance présentent par rapport aux témoins une diminution de l'accroissement corporel et une précocité du développement somatique et psychique ; leur corps thyroïde est manifestement hypertrophié, sans que l'on observe de signes de maladie de Flajini-Basedow. Les têtards placés dans l'eau suspecte se métamorphosent plus vite que les témoins, mais restent plus petits et meurent plus précocement.

Dans l'espèce humaine et surtout chez la femme, l'usage de ces eaux produit très souvent un goitre; à un stade plus avancé, on peut observer toutes les variétés de dysthyroïdies, y compris le goitre exophtalmique; celui-ci se développe surtout sous l'influence de certains facteurs adjuvants: étapes physiologiques de la vie génitale, maladies infectieuses aiguës, affections utéro-annexielles, choc moral ou physique, hérédité similaire ou nerveuse. Le goitre et la maladie de Basedow ne forment donc qu'une maladie; ce sont les anneaux extrêmes d'une chaîne de formes intermédiaires dont l'existence permet d'affirmer l'unité des syndromes d'hyperthyroïdie; exceptionnellement, les altérations thyroïdiennes prennent une marche régressive et l'on note un certain degré de myxœdème.

C. fait ensuite l'étude analytique de ses observations et le nombre des cas étudiés (345 cas de goitres avec troubles secondaires, 167 cas de goitres exophtalmiques) rend son étude très intéressante; il faut signaler particulièrement la description des troubles psychiques qui, bien rares, peuvent aboutir à une véritable psychose thyroïdienne, et celle des formes hérédo-familiales.

C. attribue le pouvoir de l'eau à des germes spécifiques encore inconnus ou à leurs toxines; leur effet se fait sentir sur tout l'organisme et principalement sur le corps thyroïde; les toxines se combinent peut-être avec l'hormone iodée de la glande.

C. termine son mémoire par l'étude du traitement, précisant les indications respectives du traitement médical, de la radiothérapie et de l'intervention.

L. Rouquès.

G. Savioli et **S. Quadri.** ***Vitesse de résorption des œdèmes provoqués*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, tome X, n° 3, Février 1931). — S. et Q. ont étudié la vitesse de résorption de l'œdème localisé produit par une technique différente de celle d'Aldrich et Mac Clure; ils utilisent la décompression réalisée au moyen d'une ventouse de verre de 7 mm. de diamètre, reliée à une pompe et à un manomètre; avec une dépression moyenne de 15 à 20 cm. de mercure, maintenue pendant 5 minutes sur la face externe du pavillon de l'oreille, on obtient chez tous les sujets un œdème en relief; au contraire, sur les autres régions du corps, l'œdème n'apparaît pas chez tous les sujets normaux; la rareté du tissu cellulaire au niveau du pavillon de l'oreille semble rendre compte de cette différence; cette région se prête parfaitement à l'étude capillaroscopique qui montre que les capillaires ont là leur maximum de résistance.

Au cours de nombreuses recherches, S. et Q. ont remarqué que l'œdème se produisait plus facilement chez les enfants du premier âge que chez les enfants plus âgés et les adultes et qu'il se résorbait plus vite. Chez les sujets de même âge, il existe des différences individuelles dans le mode de production et de résorption de l'œdème, qui paraissent attribuables aux facteurs constitutionnels individuels. Dans les glomérulo-néphrites, la perméabilité capillaire est nettement augmentée, en raison d'une part de l'augmentation de l'hydrophilie des tissus, et d'autre part des altérations des parois vasculaires, dont la résistance est parfois abaissée; la capillaroscopie met bien en évidence ces altérations. Dans les maladies infectieuses avec hyperpyrexie, le temps de persistance de l'œdème est peu diminué, ce qui peut s'expliquer par l'augmentation de l'hydrophilie tissulaire; l'accélération de la résorption semble être un fait général en rapport avec la fièvre et ne pas dépendre d'une maladie spéciale, car on l'observe dans les maladies fébriles aiguës les plus variées.

L. Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA

(Bologne)

Ercole Ragnotti. ***Recherches expérimentales sur les fonctions motrices de l'appendice dans les conditions normales et pathologiques*** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, tome XXVIII, n° 3, Février 1931). — R. a poursuivi une série de recherches sur les fonctions de l'appendice à l'état normal et pathologique. Ces recherches ont montré que cet organe est doué d'une motilité variable mais en général trop faible pour expulser le contenu de l'organe. Il manque en effet à l'appendice le mouvement péristaltique.

Ainsi, l'appendice sain comme l'appendice pathologique ne peut avoir que des échanges lents et défectueux avec le cæcum. Cette stagnation fonctionnelle constitue un facteur prédisposant important, le facteur déterminant étant représenté par des germes pathogènes.

La théorie de la stagnation est donc confirmée par ces recherches, en particulier l'objection qu'on lui a faite d'après laquelle on ne trouverait pas de cause anatomique de stase dans beaucoup de cas d'appendicite tombe d'elle-même. Les plissements de la muqueuse décrits par Aschoff favorisent également cette stase fonctionnelle.

P.-E. Morhardt.

P. L. Badile. ***Contribution à l'étude de la dilatation congénitale des voies biliaires extrahépatiques*** (*Archivio Italiano di Chirurgia*, tome XXVIII, n° 3, Février 1931). — Il s'agit d'une fille de 16 ans qui, sans avoir éprouvé aucune douleur et sans avoir fait de la fièvre, a présenté une première crise d'ictère qui disparut, puis se renouvela en s'accompagnant de douleurs assez vives dans l'hypocondre droit. Ces crises douloureuses se renouvelèrent ultérieurement, mais sans ictère et sans réaction thermique. En même temps, une sensation de pesanteur continue est éprouvée dans cette même région.

L'examen de la malade montre, à la palpation, un abdomen normal sauf dans l'hypocondre droit où on constate l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte et au niveau de laquelle il existe de la défense musculaire. L'examen radiographique, après injection de tétraiode, ne permet pas de voir la vésicule mais fait apparaître une grande ombre ovoïdale correspondant à la tuméfaction et située entre le hile hépatique et la 4e et la 5e lombaire. Il ne s'agit pas d'un kyste échinococcique. On intervient et on trouve une vaste tumeur adhérente dont le contenu paraît devoir être purulent de sorte qu'on se borne à faire adhérer la tumeur à la paroi abdominale pour intervenir dans un second temps. Ultérieurement on procède à une ponction exploratrice qui ramène un liquide contenant des globules de pus, bien que ni l'examen microscopique ni les cultures ne permettent de retrouver de germe. On évacue alors la poche d'où on retire près de 3 litres de liquide et on draine la cavité. La malade meurt peu après d'œdème pulmonaire aigu et on recueille à l'autopsie la pièce montrant qu'il s'agit d'une dilatation du canal cystique et du tiers proximal du cholédoque. Le cholédoque présente à l'endroit où cesse la dilatation une coudure avec rétrécissement et valvule. Fait rarement constaté, des canaux intra-hépatiques s'ouvrent directement dans le kyste.

B. termine son travail par un exposé des conclusions qui se déduisent des 89 cas de ce genre publiés. Au point de vue de l'étiologie, il faut remarquer que les femmes sont plus souvent atteintes (65 cas) que les hommes (17 cas); 82 pour 100 des observations concernent des sujets de moins de 30 ans. La cause révélatrice de la maladie est souvent la gestation. Au point de vue de la pathogénèse, B. admet l'existence d'une malformation congénitale qui augmente plus ou moins rapidement avec l'âge. Les symptômes importants sont les douleurs qui surviennent par accès, l'ictère et la tumeur. Le diagnostic est naturellement très difficile à faire et n'est souvent fait qu'à l'autopsie et pas toujours à l'intervention. Au cours de la laparotomie cependant, une ponction révélatrice prudente pourra faciliter le diagnostic.

La thérapeutique est exclusivement chirurgicale. L'opération la plus fréquemment pratiquée est la cholédoco-duodénostomie. Quand il s'agit d'un kyste diverticulaire, le traitement logique est l'extirpation.

P.-E. Morhardt.

LA PEDIATRIA

(Naples)

Gerbasi (Palerme). ***Observations et recherches sur l'amibiase des nourrissons*** (*La Pediatria*, tome XL, n° 2, 15 Janvier 1931). — G. a pu réunir 50 observations de nourrissons atteints d'amibiase, ce qui montre l'importance prise par cette infection en Sicile au point de vue de la pathologie du premier âge.

Au point de vue symptomatologique il signale que la participation constante de l'appareil digestif ne se manifeste pas toujours chez le nourrisson par des signes d'entérocolite dysentériforme. Les formes larvées peuvent simuler une dyspepsie banale de la première enfance. D'autres fois on peut avoir le tableau d'une « intoxication », mais l'autopsie révèle des lésions d'entérocolite folliculaire avec altérations dégénératives des viscères.

Au point de vue des complications G. n'a pas observé jusqu'à présent d'hépatite amibienne si fréquente chez d'adulte. La complication la plus fréquente a été la méningo-encéphalite qui a toujours été fatale lorsqu'elle est apparue. On peut observer une amibiase des voies urinaires, mais celle-ci n'aggrave pas le pronostic.

Au point de vue du traitement la cure spécifique ne peut être instituée suivant des règles fixes. Dans chaque cas particulier on doit envisager les indications et contre-indications propres à chacune des préparations actuellement courantes pour combattre l'amibiase.

G. insiste en terminant sur la nécessité d'une prophylaxie rigoureuse, car l'amibiase joue un rôle appréciable au point de vue de la mortalité et de la morbidité des enfants du premier âge.

G. Schreiber.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

Fritz Ludwig et **Julius von Ries.** ***L'action de lumières diversement colorées sur les hormones et les vitamines*** (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, tome LXI, n° 14, 4 Avril 1931). — L. et R. ont d'abord fait germer du blé exposé à une lumière normale mais plongé dans une eau ordinaire ou colorée par de l'éosine ou par du bleu de méthylène. Dans ces conditions l'eau colorée en rouge tue les graines tandis que l'eau colorée en bleu accélère la germination par rapport à l'eau non colorée. Dans l'obscurité ces différences de coloration de l'eau n'ont aucune influence sur la germination.

Chez des rats alimentés à partir du sevrage avec un régime dépourvu de vitamines, mais additionné de 10 centigr. de cholestérine par jour et par animal, on a constaté qu'avec de la cholestérine non irradiée il y a perte de poids suivie de mort. Avec de la cholestérine irradiée à la lumière rouge il en est de même. Avec la cholestérine irradiée aux

rayons ultra-violets, il y a d'abord forte augmentation de poids, puis amaigrissement rapide suivi de mort. Enfin avec de la cholestérine irradiée d'abord aux rayons ultra-violets puis à la lumière rouge, on constate une diminution de l'action toxique des rayons ultra-violets car les animaux sont moins malades qu'avec la cholestérine irradiée avec les seuls rayons ultra-violets. Quand l'exposition de cette substance aux rayons rouges atteint six heures, les effets de l'ultra-violet sont complètement supprimés.

Chez une série de rats soumis également à un régime rachitique additionné de vigantol, on a constaté, lorsque ce médicament était préalablement irradié à la lumière rouge, l'apparition de signes de rachitisme. Là encore la lumière rouge supprime les effets de l'ultra-violet sur l'ergostérine. Un extrait d'ergot de seigle (secacornine) a été soumis pendant six heures à la lumière rouge et on a constaté ainsi qu'au lieu d'agir nettement à la dilution 1/10.000 il n'agissait que fort peu à la dilution de 1/5.000 ou 1/500.

Une série de rats a été placée par L. et R. dans des cages éclairées par une lumière filtrée, pour les unes, avec du verre rouge, et pour les autres avec du verre bleu préalablement essayé au point de vue optique. Pour que les animaux soient plus tôt soumis à cet éclairage, on a placé dans les cages les femelles gravides et étudié la manière dont les petits se sont développés. On a constaté que sous l'influence de la lumière rouge la croissance est plus énergique et qu'on obtient un poids auquel les animaux de contrôle n'arrivent pas. La lumière bleue provoque également une croissance plus rapide que celle des animaux de contrôle mais moins que celle des animaux à la lumière rouge. Des résultats analogues ont été obtenus avec diverses plantes. L. et R. tirent de leurs observations cette conclusion qu'on doit accorder à la lumière rouge une plus grande attention qu'on ne le fait jusqu'ici au point de vue thérapeutique, car elle influence peut-être la croissance des enfants.

L'hormone du rut (progynon) a été également soumise à diverses radiations. Les rayons Röntgen se sont montrés tout à fait sans action. Par contre, les ultra-violets ont rendu l'hormone inactive. La lumière rouge semble avoir au contraire augmenté les effets de l'hormone, car avec des doses variant de 1/2 à 1/5 d'unité on a obtenu déjà un effort net.

L. et R. pensent que cette action de la lumière rouge se fait par l'intermédiaire de l'ion potassium qui est radio-actif. Ils rappellent que la lumière rouge fait disparaître temporairement la luminosité des cadrans rendus lumineux par des traces de radium. En tous cas, pour eux, ce serait une erreur d'admettre que seuls les rayons ultraviolets ont une influence favorable sur l'organisme, que les deux extrémités du spectre doivent être utilisées en mélange dont le dosage doit être décidé par le médecin, suivant les constatations cliniques qu'il a faites. Ils attirent également l'attention sur les excès d'irradiation aux ultra-violets qui sont faits actuellement aussi bien en ce qui concerne les médicaments et les aliments que l'organisme lui-même.

P.-E. Morhardt.

G. Schorer. ***Les effets de l'électricité atmosphérique sur les individus sains et malades et recherches sur l'ionisation artificielle de l'air*** (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, tome LXI, n° 18, 2 Mai 1931). — S. s'est préoccupé surtout de mesurer l'ionisation de l'air atmosphérique par la méthode de la dispersion de Gockel au moyen d'un appareil essentiellement constitué par deux fils de quartz qu'on charge à volonté avec de l'électricité de sens déterminé. On constate que, sous cette influence, ces fils s'écartent puis se rapprochent progressivement, au fur et à mesure que les ions électriques de l'atmosphère les déchargent, On peut ainsi mesurer le rapport entre la conductibilité positive et la conductibilité négative de l'air atmosphérique. Il est vrai que ces phénomènes sont d'une grande complexité. A côté du nombre des ions, il intervient leur mobilité. Quoi qu'il en soit, ce rapport est généralement inférieur à 1. Quand il est supérieur à 1, S. a observé régulièrement, sur lui-même, un certain nombre de phénomènes plus ou moins caractérisés: céphalée, mauvais état général, fatigue et gonflement d'un doigt constaté par le fait qu'une bague devient moins facilement mobile. Ces observations lui paraissent démontrer que la conductibilité de l'air a une action sur l'organisme.

En ionisant artificiellement l'air au moyen d'une machine statique, S. a fait des constatations analogues soit sur lui-même, soit sur des sujets d'expérience. En particulier, dans 3 cas, il a pu constater qu'en ionisant l'air négativement, il arrivait à provoquer chez les cardiaques une dilatation transitoire du cœur, constatée par la percussion.

Il pense que l'ionisation de l'air agit surtout sur les fonctions respiratoires, peut-être en diminuant la perméabilité des parois alvéolaires ou encore en modifiant l'état physique du CO^2 ou de certains colloïdes du sang. A ce sujet, il a procédé à 130 mesures de la tension du CO^2 alvéolaire et constaté que lorsque le rapport *conductibilité positive-conductibilité négative* est plus petit que 1, la tension alvéolaire est normale ou augmentée. Elle serait dans le cas contraire plus basse et en même temps il apparaîtrait un trouble de l'état général. Cette règle s'est trouvée confirmée 102 fois (78,4 pour 100).

Au point de vue thérapeutique, S. recommande d'établir, lorsque l'organisme est ainsi sous l'influence de l'ionisation atmosphérique, un contact avec la terre en utilisant pour cela, par exemple, les conduites d'eau. Il donne plusieurs observations dans lesquelles une sensation de dyspnée, d'angoisse, de pesanteur sur la poitrine, a disparu instantanément sous l'influence de cette thérapeutique.

P.-E. Morhardt.

Silvije Kadrnka. ***Hépatosplénographie. Méthode radiologique d'exploration du parenchyme hépatique et splénique par introduction intraveineuse de « thorotrast », substance colloïdale à base de dioxyde de thorium*** (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, tome LXI, n° 18, 2 Mai 1931). — K. rappelle tout d'abord que Oka a constaté qu'une préparation colloïdale de thorium (métal dont le poids atomique s'élève à 232,15) se dépose dans la rate et permet ainsi d'obtenir des liénographies. Avec une autre préparation analogue (thorotrast) contenant 25 pour 100 de dioxyde de thorium et 22 pour 100 de thorium métallique qui s'est montrée 10 fois moins toxique que la préparation employée par Oka, K. est arrivé à injecter des doses considérables sans inconvénient : 14 gr. par kilogr., en cinq injections, chez un lapin qui n'en a pas souffert.

Des essais ont été également faits chez l'homme. Les injections sont faites à doses fractionnées et espacées. Ainsi la substance séjourne dans le sang en petites quantités et fort peu de temps, car elle est rapidement fixée par les cellules du système réticuloendothélial. Dans ces conditions, la première injection ne représente pas plus de 10 à 15 centigr. par kilogr., afin de tâter la tolérance, puis on augmente en arrivant à des doses de 30 à 40 centigr. par kilogr. En tout, il est fait 4 à 6 injections en 6 à 10 jours.

Si on recherche une opacification d'intensité moyenne, il faut atteindre des doses globales de 80 centigr. à 1 gr. par kilogr. Des quantités beaucoup moindres suffisent pour faire voir les bords du foie et de la rate. La dose maxima utilisée par K. a été jusqu'ici de 1 gr. 38 par kilogr.

Pour l'injection, on dilue le thorotrast dans 9 fois son volume de sérum glucosé à 5 ou 10 pour 100 et l'injection se fait très lentement à la température du corps. Une radiographie est prise 24 heures après la dernière injection. Pour obtenir une image du foie particulièrement favorable à l'étude de détails morphologiques, il faut que celle-ci le représente sous sa plus grande surface et sa moindre épaisseur. L'incidence des rayons doit être dorsoventrale et former avec l'axe du corps un angle aigu de 60 à 70°, ouvert en bas. La disparition de la substance est très lente. Chez l'animal, l'opacité a diminué de moitié en trois mois.

K. reproduit quelques radiographies d'animaux ou de malades. Dans un cas de cirrhose du foie, la rate est grosse et le foie relativement peu opaque. Chez un paralytique général impaludé on a constaté une augmentation de la rate qui n'était pas décelable à la percussion.

P.-E. Morhardt.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

W. Stockinger et **K. Kober.** ***La réaction à l'insuline des leucocytes du sang*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 9, 28 Février 1931). — Les effets de l'insuline sur les leucocytes du sang ont été étudiés à diverses reprises. S. et K. ont repris ces recherches après injection, le matin à jeun, de 10 unités d'insulines suivie, 2 heures plus tard, d'un petit déjeuner et enfin du repas de midi.

Dans un premier groupe où le nombre des leucocytes était, avant l'épreuve, assez élevé (10.000 à 17.000), on a constaté, dans les premières 30 à 45 minutes, une diminution rapide de 2.300 à 4.000 cellules et dans un cas de 7.800 cellules.

Dans un deuxième groupe, on constate, les chiffres de départ variant de 6.000 à 8.000, que l'insuline a provoqué une augmentation constante jusqu'à 10 et 12.000. Dans ce groupe figure un cas de myxœdème. Parfois l'augmentation des leucocytes ne s'est produite qu'après une période de latence.

En ce qui concerne plus spécialement les lympocytes, on a constaté une augmentation absolue entre la 30e et la 60e minute après l'injection, le maximum étant atteint 1 1/2 à 2 heures après l'injection. Ce maximum ne varie pas avec les chiffres de départ et atteint toujours 4.500 à 5.000. Avant le petit déjeuner on constate une diminution spontanée. Dans un second groupe, l'augmentation a été beaucoup moins nette et plus tardive, mais cette courbe ne s'est pas montrée sous la dépendance du taux de la glycémie.

En ce qui concerne les neutrophiles, on constate que lorsque les valeurs primitives sont élevées, la chute, au cours des 30 premières minutes, est marquée. En général, cette chute s'accentue encore après le petit déjeuner.

Ces variations leucocytaires se rattachent incontestablement à l'action de l'insuline, car les autres substances injectées ont des effets différents. Dans l'ensemble, on constate, surtout quand on utilise les préparations qui permettent d'observer l'oxydase, un veillissement rapide du noyau, une réduction du volume de la cellule, une dissolution des granulations d'oxydase, etc. Visiblement les neutrophiles présentent les signes d'un vieillissement rapide. Dans les phases ultérieures, lorsque les cellules recommencent à augmenter, il apparaît non pas une simple leucocytose de répartition, mais une nouvelle génération de lymphocytes jeunes.

Comme les leucocytes du sang se trouvent chez chaque individu à un état fonctionnel différent et à une autre période de développement, l'administration d'insuline doit provoquer chaque fois d'autres effets. Si elle est administrée au moment où il existe une génération de leucocytes déjà vieillis, l'accélération du veillissement apparaîtra

très vite et, en conséquence, l'abaissement de la génération de leucocytes est en voie de formation. l'augmentation des leucocytes est immédiate.

P.-E. Morhardt.

Paul Manteufel et **Kurt Herzberg**. ***Nouvelles recherches de la signification du Bacillus hepatodystrophicans dans l'étiologie de la fièvre jaune*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 9, 28 Février 1931). — Le *Bacillus renale*, antérieurement décrit par M. et H., est, pour ces auteurs, identique au *Bacillus hepatodystrophicans* de Kuczynski et Hohenadel. Il ne doit pas être considéré comme le germe de la fièvre jaune tropicale. Il s'agit d'un parasite ou d'un commensal d'animaux de laboratoire sains. Les critiques apportées par Kuczynski aux observations de M. et H. n'ont plus de valeur maintenant que ces microorganismes ont été retrouvés dans les reins et le foie de rhésus. Il est vraisemblable d'ailleurs qu'on retrouvera ce germe dans le sang circulant de ces animaux.

En 1916, Bloomfield, ainsi que Torrey, ont trouvé un *B. lymphophilum* dans les ganglions lymphatiques humains. Ce microorganisme présente également des ressemblances avec ceux qui font l'objet de ce travail. Ceux-ci sont des représentants typiques du groupe qui ne pousse ni quand on le prive complètement d'oxygène, ni quand on laisse l'oxygène arriver librement. La croissance optima s'observe pour une pression d'air de 30 à 100 mm. de Hg. Par des passages successifs on habitue ce microorganisme à des conditions aérobies sur sérum de Löffler mais pas sur agar au sang.

P.-E. Morhardt.

J. Steinfeld. ***Les anticorps spécifiques dans la parasyphilis, fondement d'une nouvelle thérapeutique de la syphilis tardive*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 9, 28 Février 1931). — Chez les parasyphilitiques dont le sérum donne une réaction négative, on arrive à faire disparaître la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien par des injections d'extraits cérébraux. C'est tout d'abord la réaction à l'égard des extraits cérébraux qui disparaît. La réaction à l'égard des extraits cardiaques persiste plus longtemps. Celle-ci ne peut souvent être mise en évidence que par le procédé plus sensible de la fixation du complément à froid. L'origine des anticorps lipoïdiques du liquide céphalo-rachidien, réagissant en présence d'extraits cardiaques, est encore inconnue.

Chez les malades dont le sérum et le liquide céphalo-rachidien donnent une réaction positive, on arrive à faire disparaître la réaction du liquide céphalo-rachidien à l'égard des extraits cérébraux mais pas à l'égard des extraits cardiaques, pas même par des injections intra-lombaires d'extraits cardiaques.

Avec la disparition de la réaction aux extraits cardiaques, on constate une amélioration clinique importante notamment en ce qui concerne l'atrophie optique qui s'arrête sous cette influence ou encore en ce qui concerne les douleurs du tabès qui disparaissent. Les expériences sont encore en petit nombre de sorte que le traitement par les lipoïdes en injection intra-rachidienne ne doit être indiqué que quand les méthodes usuelles de traitement n'ont rien donné ou ne peuvent pas être appliquées.

Ces recherches sérologiques ont montré qu'effectivement, au cours de processus syphilitiques, il apparaît des anticorps spécifiques d'organes, ce qui confirme la vieille théorie de Weil et Braun des lipoïdes auto-anticorps et les nouvelles recherches de Sachs sur les lipoïdes.

P.-E. Morhardt.

W. Falta et **R. Boller**. ***Diabète insulaire et insulino-résistant*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 10, 7 Mars 1931). — Des cas de diabètes résistant à l'insuline ont été souvent publiés. On les a trouvés en rapport avec un processus infectieux, des affections du foie, une encéphalite, de l'excitation psychique, etc. Mais pour les mettre en évidence, il est indispensable d'abord de procéder à une épreuve de Radoslav qui consiste à étudier la courbe d'hypoglycémie provoquée par une injection d'insuline faite à jeun. Il est nécessaire, en outre, de calculer le besoin d'insuline en mettant le diabétique à un régime standard.

En procédant à des recherches de ce genre chez plus de 2.000 malades, F. et B. ont pu ainsi constater que certains diabétiques arrivés dans un état grave se contentent ultérieurement d'une quantité d'insuline relativement petite, tandis que d'autres, apparemment en bonne santé, ont des besoins d'insuline très considérables.

Une troisième méthode, la méthode de retranchement, consiste à supprimer l'insuline de façon inopinée pendant un jour. F. et B. ont étudié 74 cas par cette méthode et constaté ainsi que chez une malade par exemple, pour compenser les troubles diabétiques, 120 petites unités d'insuline sont nécessaires bien qu'elles provoquent parfois des phénomènes d'hypoglycémie légère et bien que, par ailleurs, la méthode du retranchement fasse reparaître les troubles au complet. Dans un autre cas, d'ailleurs sévère, les besoins d'insuline sont seulement le tiers du précédent. F. et B. donnent ainsi 6 observations montrant qu'il existe 2 types de diabète hyperglycémique caractérisés par leur réaction à l'égard de l'insuline. Dans le premier type une quantité relativement faible d'insuline suffit pour compenser complètement le trouble du métabolisme mais le moindre excès conduit à l'hypoglycémie et la moindre insuffisance à l'hyperglycémie.

Un second type d'insulino-résistant se présente sous deux formes. Dans les deux formes, on constate que les besoins d'insuline sont beaucoup plus élevés que ne le ferait croire l'importance de la glycosurie. On trouve des états de ce genre dans les processus infectieux et dans des états d'excitation psychiques. Mais alors l'insuline en excès provoque des phénomènes hypoglycémiques. Dans la seconde forme, il n'en est pas de même. On observe une insensibilité telle, à l'égard de l'insuline, que des doses énormes ne parviennent pas à faire apparaître de l'hypoglycémie. L'épreuve de Radoslav a donc des résultats modérés.

Le nombre de cas dans lesquels il existe une insulino-résistance est, pour F. et B., extraordinairement grand. Sur les 74 cas ainsi étudiés il y en avait 13 qui appartenaient au premier type. En outre, il a été constaté que le type résistant est plus fréquent chez les individus âgés et s'accompagne d'une faible tendance à la production de corps cétoniques, mais non d'obésité ni d'hypertension artérielle.

F. et B. cherchent enfin à donner une explication rationnelle de ces phénomènes. Ils admettent que la régulation de la glycémie est due à l'équilibre entre deux groupes de forces antagonistes, les uns assimilatrices, les autres dissimilatrices. Quand les assimilatrices priment, on constate de l'hyperinsulinisme, de la maladie d'Addison ou encore du diabète avec hypersensibilité à l'insuline. Quand ce sont les forces dissimilatrices qui dominent, il y a diabète insulaire, diabète insulino-résistant ou encore combinaison de diabète insulaire et insulino-résistant.

Dans le groupe où les forces assimilatrices dominent l'appareil insulaire joue le rôle principal. Il est probable qu'en pareil cas des excès d'insuline provoquent, par réaction, la production d'une ou plusieurs anti-insulines. Il est possible que l'une de ces anti-insulines soit identique à l'adrénaline. F. et B. rappellent à ce sujet que Tournade, Chabrol, Zunz, etc. ont montré que l'administration d'insuline augmente la production d'adrénaline. Les parathyroïdes triplent les effets de l'insuline d'après Cammidge et Howard. La sécrétion thyroïdienne a un effet inverse. Il est possible aussi que certains ferments, comme la trypsine, figurent parmi les anti-insuline. D'autre part, des auteurs ont trouvé au sérum de diabétiques la propriété d'inhiber, dans une certaine mesure, les effets de l'insuline. Les globules rouges d'individus normaux auraient des effets analogues.

En tout cas, pour F. et B. le diabète humain ne peut pas être ramené à une formule simple d'insuffisance insulaire d'autant moins que les îlots ont été trouvés normaux, parfois même hypertrophiés, en cas de diabète vrai.

P.-E. Morhardt.

A. von Domarus. ***Contribution à l'hémophilie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 10, 7 Mars 1931). — D. donne l'observation d'un homme de 26 ans qui a eu, dès l'âge de 3 ans, surtout des hématuries et des épanchements hémorragiques dans diverses articulations. Depuis quelques années, il présente une tuméfaction sous l'angle de la mâchoire à gauche. Cette tuméfaction augmente progressivement de volume et on ponctionne à plusieurs reprises. Le liquide qu'on en retire est d'un brun noirâtre et il s'agit d'un hématome. A l'entrée, l'état du malade est grave.

Dans la famille du malade, on trouve un frère de l'arrière-grand'mère qui serait mort hémophile jeune. Parmi les enfants de cette arrière-grand'-mère, il y a eu un fils qui était hémophile et une fille: la grand'mère du malade. Celle-ci a eu 2 filles et 6 fils dont 4 hémophiles parmi lesquels 3 sont morts dans l'enfance. Une des filles a épousé un juif et a eu 1 fils et 1 fille qui, elle-même, a eu 2 garçons tous également épargnés par la maladie.

On traite le malade avec une préparation à base de calcium et de vitamine (nateina) et avec du foie. Ce traitement semble avoir amélioré sérieusement les choses, car, l'état du malade est bon depuis 9 mois. L'ablation de l'hématome cervical s'est faite sans incident.

D. ne sait comment expliquer le mécanisme de cette action thérapeutique et il n'est pas d'accord avec la théorie de Llopis (par qui la formule de la nateina a été proposée) dont il traite les considérations de fantastiques.

Le temps de coagulation du sang du malade s'est montré très peu augmenté même au moment des hémorragies les plus graves. La considération du temps de saignement n'est donc pas de nature à expliquer la pathogénèse de l'hémophilie. Il faut faire intervenir une constitution anormale de la paroi vasculaire. Il a été effectivement constaté chez ce malade que la résistance des capillaires était, au début, nettement diminuée, puisque, quand le malade fut remis, cette résistance est devenue normale. Il faudrait donc rattacher ce cas à la forme mixte d'hémophilie vraie et de thrombopénie. Dans ce cas d'ailleurs, on constate également une disposition vasculaire locale, une sorte d'hémophilie régionale car la synoviale des articulations a été fréquemment atteinte. D'ailleurs deux oncles du malade ont présenté des hémorragies articulaires.

Le sang de ce malade avait un pouvoir trypanocide normal comme celui de sa mère et de sa sœur. Ces 3 personnes appartenaient au groupe sanguin O. D. se demande enfin si le mariage avec un juif n'a pas eu d'effet pour protéger contre la maladie la progéniture de la tante du malade.

P.-E. Morhardt.

Erica Wahneau et **Ferdinand Bertram**. ***Les acides biliaires comme moyen de favoriser la résorption de l'insuline*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 11, 14 Mars 1931). — W. et B. ont déjà eu l'occasion de constater que toutes les méthodes d'administration orale de l'insuline sont inefficaces. Ils ont cependant repris des recherches

sur ce point avec la préparation de Fornet qui représente une association d'insuline et d'acide biliaire (cholosuline) qu'ils ont utilisée sous forme de liquide. L'administration de 40 à 120 unités de cette préparation n'a eu, chez les diabétiques, par rapport à la courbe de la glycémie à jeun, aucune influence pendant 5 heures consécutives.

L'étude du bilan chez 6 diabétiques a montré que l'administration prolongée de cette préparation, à dose élevée, n'a pas eu d'influence sur la glycémie à jeun. Cependant chez 3 malades on a observé, en même temps qu'une augmentation de la glycémie, une diminution de la glycosurie comme si le médicament avait eu une influence sur le seuil rénal.

Un repas de dextrose avant et après administration prolongée de cholosuline a fait diminuer la glycémie dans un cas sur 5 de diabète. Il ne saurait être question que cette préparation puisse s'accumuler dans l'organisme. Ce fait serait d'ailleurs en contradiction avec tout ce que nous savons de l'insuline.

L'association de Fornet, administrée 2 heures avant un repas, retarde l'hyperglycémie mais n'en modifie pas le degré. Cette action ne doit pas être attribuée à l'insuline elle-même mais plutôt aux acides biliaires qui l'accompagnent car ces acides modifient de la même façon la courbe de l'hyperglycémie alimentaire.

P.-E. Morhardt.

Arneth. ***Sur la nécessité d'un examen qualitatif du sang d'après les observations faites en cas de tétanos et d'asthme (éosinophilie)*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 11, 14 Mars 1931). — En cas de tétanos non compliqué, on n'observe pas de modifications de la formule des neutrophiles. A. a pu vérifier le fait de nouveau dans 2 cas de tétanos qui se trouvèrent compliqués, de manière à mettre clairement en évidence les modifications des réactions leucocytaires.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de 9 ans chez lequel, pendant toute la durée d'un tétanos qui guérit spontanément, on observa que la formule des neutrophiles ne se modifiait pas. Par contre, vers la fin de la maladie, il apparut un abcès dentaire qui augmenta le nombre des leucocytes en déterminant un déplacement vers la gauche dans toutes les classes. En ce qui concerne les éosinophiles, on a observé, pendant le début de la maladie, plutôt un déplacement vers la droite de même que pour les mastzellen. Par contre, on a rencontré parmi les lymphocytes beaucoup de formes jeunes et petites et une augmentation absolue. Il y a donc déplacement vers la gauche à l'inverse de ce qu'on observe dans les maladies infectieuses où le déplacement de la formule leucocytaire-neutrophile vers la gauche s'accompagne d'un déplacement de la formule lymphocytaire vers la droite.

Ainsi dans cette affection les lymphocytes seuls participent à l'état pathologique.

Dans un second cas, il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui fait un tétanos terminé par une pneumonie qui emporte le malade. Dans ce cas, on a observé les mêmes phénomènes que dans le premier et plus spécialement un déplacement vers la gauche de la formule leucocytaire. L'apparition de la pneumonie modifia complètement la formule sanguine. Ce fait montre que les neutrophiles ne sont pas touchés dans le tétanos et conservent complètement leur réactivité qui apparaît en cas d'infection surajoutée.

A. a étudié également l'éosinophilie dans 2 cas d'asthme. Il a constaté que les éosinophiles peuvent être 5 à 12 fois plus nombreux que normalement. En outre, leur formule présente un déplacement vers la droite. Comme dans ce cas les neutrophiles ont une formule tout à fait normale, on doit admettre, selon A., que les éosinophiles sont des cellules qui doivent être rapprochées, tout au moins au point de vue réactivité, des lymphocytes qui d'ailleurs, dans ce cas également, avaient une formule déplacée vers la droite. A. insiste en terminant sur l'intérêt que comportent les observations ainsi faites sur la réactivité particulière des diverses cellules sanguines.

P.-E. Morhardt.

W. Skalweit. ***Existe-t-il une disposition constitutionnelle à la paralysie générale ?*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 12, 21 Mars 1931). — S. recherche si des différences dans les fonctions de défense apparaissent au cours de l'infection syphilitique et si elles sont le résultat du hasard et plus spécialement des propriétés particulières appartenant à certains spirochètes ou bien, au contraire, d'une constitution particulière de l'individu, antérieure à la syphilis.

L'étude de la formule sanguine générale, de même que la formule sanguine de la réaction locale dans la papule provoquée par la lutéine, montre que, chez les paralytiques généraux non traités, on ne trouve pas la réaction lymphocytaire qu'on observe en cas de syphilis cérébrale ordinaire. Il s'agit là, pour S., d'une insuffisance dans les fonctions de défense à l'égard de la syphilis, car à l'égard du paludisme, de la fièvre récurrente ou des médicaments pyrétogènes, les fonctions de défense sont normales chez les paralytiques généraux.

S. a donc recherché les effets de la lutéine de Busson ou du luotest de Brandt et a constaté que cette réaction est positive dans la syphilis tertiaire et congénitale, tandis que, dans la syphilis secondaire et atypique, quand la paralysie générale paraît menaçante, ou encore dans la paralysie générale non traitée, on n'obtient, d'ordinaire, pas de réaction, comme chez les sujets non syphilitiques. Chez les paralytiques généraux traités, les résultats varient. On trouve souvent une réaction positive. En essayant de sensibiliser, comme ont réussi à le faire Lehner et Rajka, des non-syphilitiques (11 cas de schizophrénie, d'épilepsie ou d'imbécillité) et 4 paralytiques généraux, S. est arrivé aux résultats suivants. La réaction à l'égard d'une injection quotidienne ou bi-quotidienne, pratiquée toujours au même endroit, de 5 centigr. de luotest devient de jour en jour plus marquée et elle finit par devenir positive, c'est-à-dire mesurer 10×10 mm.

Parmi les malades ainsi traités, 7 non-syphilitiques ont été sensibilisés au bout de 4 à 6 injections. Parmi les paralytiques généraux, 2 n'ont pas pu être sensibilisés et 2 l'ont été. S. reconnaît que ces recherches ne permettent pas de conclusions générales. Néanmoins, il croit que des recherches dans ce sens seraient extrêmement utiles et que la réaction à la lutéine est trop négligée.

P.-E. Morhardt

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Otmar Pucsko. ***Sucre interverti et saccharose administrés par la bouche, associés avec des injections d'insuline dans le diabète sucré*** (*Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, tome CLXX, n° 3, 25 Mars 1931). — P. a constaté que l'administration de dextrose à des diabétiques diminue le taux des corps cétoniques dans les premières heures qui suivent l'administration, tandis que l'effet de la lévulose est plus tardif. Il a donc cherché à associer les actions des deux sucres en utilisant du sucre interverti. A cet effet, il a administré 10 gr. de sucre interverti ou de saccharose dissout dans 50 gr. de liquide, le matin à jeun. Ensuite, il a injecté 40 unités d'insuline, soit immédiatement, soit deux heures, soit quatre heures plus tard. Dans certains cas enfin, il a fait précéder l'administration de sucre par l'injection d'insuline. Pendant le cours de ses essais, P. a dosé l'acétone, l'acide β-oxybutyrique et le sucre du sang et de l'urine.

Ces recherches, dont les résultats sont reproduits dans de nombreux graphiques, ont montré à P. qu'avec le sucre interverti et l'insuline donnée deux ou quatre heures après on doit pouvoir obtenir des résultats qui entrent en ligne de compte au point de vue thérapeutique. Avec l'insuline administrée immédiatement après le sucre interverti, les résultats seraient moins nets. Par contre, la saccharose a un effet nocif qui se manifeste surtout au cours d'administrations successives. On ne peut par conséquent lui attribuer aucun effet anticétogène.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Jürgens. ***Recherches cliniques et expérimentales avec le thrombomètre capillaire.*** (*Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, tome CLXX, n° 3, 25 Mars 1931). — J. décrit l'appareil qu'il a imaginé pour étudier la manière dont se forment les thromboses dans les capillaires. Cet appareil est constitué essentiellement par deux corps de pompe reliés, d'une part, à des manomètres à mercure et, d'autre part, réunis l'un à l'autre par un tube capillaire où les variations de pression réalisées dans les corps de pompe font rapidement circuler le sang introduit dans l'appareil. Dans ces conditions, il se forme à l'intérieur du tube capillaire un bouchon de sang dont la structure est analogue à celle d'un thrombus. Le temps nécessaire pour que ce thrombus se forme dans ces conditions varie assez peu chez les individus normaux. Ce temps est en rapport avec le temps de saignement et non pas avec le temps de coagulation.

Dans trois cas de thrombopénie essentielle, on a constaté que le thrombus se forme avec un retard important, en rapport avec la diminution du nombre des plaquettes et la prolongation du temps de saignement. Cependant, on a constaté entre le temps de saignement et le « temps de thrombus » des différences qui font penser que, dans le temps de saignement, intervient tantôt un facteur vasculaire, tantôt le nombre ou la qualité des plaquettes.

Dans un cas de pseudo-hémophilie, on a constaté, à l'aide du thrombomètre, une thrombasthénie vraie due au fait que les plaquettes avaient perdu une partie de leur pouvoir de s'agglutiner bien qu'elles soient normales au point de vue nombre et au point de vue forme.

Dans l'hémophilie vraie, le temps de thrombus est normal bien que le temps de coagulation soit très prolongé.

Le temps de thrombus varie dans des limites normales en cas de thrombose spontanée et il est raccourci en cas de thrombose après infection. Ce raccourcissement est constaté en cas d'infection alors même qu'il n'existe pas de thrombose.

Ces constatations tendent à montrer que la formation des thromboses n'est pas due exclusivement ou même principalement à des modifications générales de la stabilité du sang.

P.-E. Morhardt.

H. Reichel et **E.-P. Jordan.** ***Angine et streptocoque*** (*Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, tome CLXX, n° 3, 25 Mars 1931). — Dans les angines lacunaires, on trouve presque toujours des streptocoques hémolytiques qui, dans les angines catarrhales, ne sont retrouvées que dans la moitié des cas. Dans les deux formes d'angine, on retrouve côte à côte des streptocoques hémolytiques et des streptocoques non hémolytiques. Dans 25 pour 100 des cas, les germes non hémolytiques ont montré la propriété d'inhiber, sur un milieu artificiel et dans certaines circonstances, la croissance des streptocoques hémolytiques. Il est donc vraisemblable que, dans l'angine, il existe des conditions qui sont défavorables à l'une et à l'autre de ces deux espèces de germes.

Dans l'amygdalite aiguë, la destruction des Prodigiosus se fait plus vite sur l'amygdale malade que sur l'amygdale saine. C'est le contraire qui se passe dans la péritonite à streptocoques de la souris dans laquelle la séreuse est certainement lésée par les streptocoques. L'absence de lésions de la muqueuse dans l'amygdalite rend invraisemblable que le streptocoque hémolytique soit en cause.

Dans l'angine lacunaire, on trouve des souches qui, après injections intracutanées chez le lapin, provoquent de l'inflammation et de la suppuration. Dans d'autres cas, les germes ne provoquent qu'un léger érythème. Dans l'angine catarrhale le streptocoque hémolytique provoque tantôt de l'érythème et tantôt de la suppuration. Ainsi le streptocoque de l'angine provoque expérimentalement des réactions tissulaires qui n'ont pas de relations avec les phénomènes inflammatoires observés en cas d'amygdalite aiguë. Il semblerait donc que le streptocoque hémolytique soit, dans l'amygdalite aiguë, la conséquence et non la cause des modifications et des lésions tissulaires.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

R. Weidenreich. ***Comparaison entre l'épreuve fonctionnelle du rein au moyen de la surcharge phosphorée et les autres tests*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, tome LII, n° 18, 2 Mai 1931). — Brain et Kay ont proposé récemment un nouveau test fonctionnel du rein qui consiste à doser le phosphore éliminé après injection intraveineuse d'une quantité de glycérophosphate de soude correspondant à 550 milligr. de phosphore, le rein malade retenant en effet cette substance. Les résultats de cette épreuve cadreraient particulièrement bien avec l'état clinique des malades et, de plus, elle aurait l'avantage de ne pas dépendre de la rétention hydrique, l'excrétion du phosphore n'étant pas influencée par la quantité de l'urine.

W. a repris l'étude de ce test à la clinique de Volhard. Chez les sujets sains il a constaté que le taux de l'excès de phosphore excrété était assez variable. Contrairement à Brain et Kay qui avaient trouvé des valeurs comprises entre 151 et 252 milligr., il a obtenu des chiffres entre 81 et 222 milligr. si bien qu'il admet que la limite entre la normale et l'état pathologique est située entre 70 et 80 milligr. pour 100. La concentration du phosphore se montre indépendante de la quantité d'urine excrétée.

Dans l'insuffisance rénale l'excrétion du phosphore est diminuée, et d'autant plus que l'altération des reins est plus grande. Dans 14 cas examinés l'excrétion horaire du phosphore variait entre 8 et 26 milligr. Si l'on compare ces résultats avec ceux que donnent l'épreuve de la concentration et l'épreuve de la diurèse provoquée, on voit qu'ils concordent approximativement. Comme ces derniers tests sont d'une simplicité infiniment plus grande, il n'y a donc pas intérêt à recourir à l'épreuve de l'élimination phosphorée. Celle-ci peut-elle donner des résultats valables dans les cas où existent des œdèmes qui rendent l'épreuve de la diurèse provoquée très incertaine ? Si en général l'excrétion du phosphore se montre indépendante de la quantité de l'urine, ce n'est pas toujours vrai en cas d'insuffisance rénale avancée, comme W. l'a vu chez 2 malades.

P.-L. Marie.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

Raab. ***Les méfaits de l'iode dans la population viennoise*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 10, 6 Mars 1931). — Le premier, Robert Breuer a attiré l'attention sur l' « Iod-Basedow », incriminant dans le mécanisme de sa production une particulière susceptibilité de la population viennoise.

R. a réuni sur un total de 1.897 malades de la première clinique médicale de Vienne 100 cas de Basedow ou thyréotoxicose, ce qui représente 5,26 pour 100 des patientes de cette clinique, proportion considérable. 63 de ces malades, outre l'absorption éventuelle de sel iodé (Vollsalz) ont recouru à différentes ingestions de spécialités iodées, ou à des applications gingivales, nasales, cervicales d'iode ou de pommade iodée. Chez 34 de ces patientes, on a pu retrouver l'ingestion d'iode sous forme de sel complet, et cela le plus souvent au prix d'enquêtes menées chez leur fournisseur habituel ou dans les restaurants où elles prennent leurs repas. Malgré la faible teneur en iode du sel complet, il semble bien que son usage prolongé puisse être nuisible chez les prédisposées.

Enfin, trois femmes seulement ne s'étaient servi pour l'usage externe ou en ingestion d'aucun produit iodé.

De nombreux tableaux sont joints à cet article: on y note dans un assez grand nombre de faits que l'usage de l'iode s'est borné à quelques applications sur les gencives ou sur le thorax, ce qui explique les si nombreux résultats positifs de l'enquête.

G. Basch.

Wagner Jauregg. ***Les soi-disant méfaits du sel iodé*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 10, 6 Mars 1931). — Cet article constitue une réhabilitation du sel iodé en même temps qu'une réfutation de l'article de Raab dont nous avons rendu compte.

En premier lieu, il est réel qu'à la suite d'une propagande pharmaceutique excessive les malades porteurs de goitre aient absorbé sans prescription médicale des quantités exagérées de spécialités iodées.

J. discute d'autre part les observations d'hyperthyroïdisme attribué au sel complet. Les différents Congrès (Congrès des médecins suisses, Congrès international du goitre) aussi bien que la Commission suisse du goitre, n'en ont retenu qu'un nombre infime après critique des cas rapportés.

Quant aux cas cités par Raab, J. en conteste la valeur absolue: le métabolisme basal n'ayant pas été pratiqué chez chacun d'eux, il est possible qu'aient été considérés comme hyperthyroïdisme des cas d'hypersympathicotonie ou de névropathie.

Il semble donc bien, d'après l'expérience étendue de J., que l'usage du sel iodé, pourvu qu'il soit modéré et qu'il n'y soit pas adjoint l'absorption de produits iodés, constitue une prophylaxie efficace et sans danger du goitre endémique.

G. Basch.

THE LANCET (Londres)

S. H. Dudley. ***Histoire de la fièvre ondulante dans la marine anglaise*** (*The Lancet*, tome CCXX, n° 5613, 28 Mars 1931). — D., étudiant les variations épidémiques de la fièvre ondulante dans la marine anglaise, observe que l'incidence maximum de cette maladie s'observe entre 1880 et 1900, et en particulier à bord des navires ayant relâché à Malte. Depuis 1900, la fréquence de cette affection a diminué progressivement pour tomber pratiquement à zéro en 1910. La cause de cette décroissance rapide fut la découverte du rôle pathogène du lait de chèvre, et l'interdiction de son utilisation.

Au cours de la période maximum de l'épidémie, on observe une courbe très analogue de la fréquence du rhumatisme et de la tuberculose pulmonaire: il est donc probable que nombre de cas de ces deux dernières maladies étaient en réalité des mélitococcies, passées inaperçues: on sait en effet la fréquence des manifestations douloureuses articulaires au cours de cette maladie, et la difficulté du diagnostic avec la tuberculose, à cause des poussées fébriles prolongées.

D. a constaté une variation curieuse de la symptomatologie dans les poussées actuelles de la fièvre de Malte: les phénomènes douloureux articulaires ne s'observent plus jamais, alors qu'ils étaient de règle dans les épidémies anciennes. Il faut sans doute penser qu'il s'est produit une modification du germe de la maladie, dont on connaît d'ailleurs le polymorphisme: le germe pouvant se présenter sous l'aspect de mélitocoque, de para-mélitocoque, de *melicoccus suis*, de *B. abortus*.

R. Rivoire.

V. H. Comber. ***Septicémies traitées par le sérum antiscarlatineux*** (*The Lancet*, tome CCXX, n° 5613, 28 Mars 1931). — C. a traité par les injections intramusculaires de sérum antiscarlatineux 7 cas de septicémie streptococcique, vérifiés par l'hémoculture, survenus au début d'une scarlatine chez des enfants.

Dans 6 cas, la guérison survient après un délai variant entre 3 semaines et 1 mois. Dans un cas, la mort survient; mais la septicémie coexistait avec une méningite à streptocoque, et le cas était particulièrement grave ; cependant, sous l'influence d'injections intramusculaires, intrarachidiennes et intraveineuses de sérum, l'enfant survécut un mois après la découverte de sa méningite, ce qui est évidemment une survie anormalement longue.

Etant donné la gravité bien connue des septicémies streptococciques, il est indubitable que les résultats de C. sont fort intéressants. Le sérum employé était celui de Burroughts et Welcome, à la dose de 20 à 40 cmc par jour.

R. Rivoire.

S. Banks. ***Traitement sérique intensif de la fièvre cérébro-spinale*** (*The Lancet*, tome CCXX, n° 5614, 4 Avril 1931). — Alors que le sérum antiméningococcique était autrefois remarquablement actif, du temps où le germe en cause était toujours le méningocoque A, il en est tout autrement aujourd'hui, car le sérum polyvalent, pratiquement le seul employé, est d'une activité infiniment plus faible. Aussi doit-on utiliser des doses beaucoup plus considérables qu'autrefois, et ne pas se contenter de la voie intrarachidienne, qui ne permet pas d'injecter des doses suffisantes. B a utilisé dans une série de cas la voie intraveineuse, injectant chaque jour 100 à 200 cmc; dans les cas où l'injection intraveineuse était impossible, il injectait le sérum dans le péritoine. Malgré qu'il s'agissait dans tous les cas de malades âgés et vue tardivement, B. n'a eu qu'une mortalité de 37 pour 100, qui est nettement moins forte que celle des autres statistiques récentes.

R. Rivoire.

L. Cole. ***Blocage du cœur succédant à une appendicite aiguë*** (*The Lancet*, tome CCXX, n° 5617, 25 Avril 1931). — Le block cardiaque est extrêmement rare dans les suites de l'appendicite · aussi cette observation est-elle intéressante, car elle est accompagnée de plusieurs électrocardiogrammes démonstratifs. Le blocage débuta 4 jours après l'intervention: celle-ci avait été facile et l'appendice n'était ni gangréné ni perforé. Le premier symptôme fut une légère anesthésie; le 7e jour, un collapsus survint, en même temps que le pouls devint lent, d'abord à 45, puis à 30. 2 jours après, le pouls remonta à 70, et redevint régulier. Le 12e jour, le malade sortit de l'hôpital complètement guéri.

Le blocage du cœur peut s'observer dans beau-

coup d'infections aiguës, mais on le voit surtout au cours du rhumatisme articulaire, où dans un quart des cas il existe au minimum un allongement de l'intervalle P-R. Il s'observe aussi dans la diphtérie, où il est particulièrement grave, car il s'accompagne de lésions myocardiques étendues.

Dans le cas de l'appendicite, il s'agissait sans doute d'une légère inflammation siégeant dans le faisceau de His. Cette observation est intéressante parce qu'elle montre qu'une infection autre que le rhumatisme peut être à l'origine de lésions du myocarde ; si le faisceau de His n'avait pas été touché dans ce cas, les signes d'atteintes cardiaques seraient probablement passées inaperçues.

R. Rivoire.

O. Brenner. ***Sclérose de l'artère pulmonaire avec thrombose*** (*The Lancet*, tome CCXX, n° 5617, 25 Avril 1931). — La sclérose de l'artère pulmonaire, contrairement à l'opinion d'Arillaga, est rarement de nature syphilitique; de fait, elle s'observe au cours de certaines cardiopathies, notamment le rétrécissement mitral et chez les pulmonaires chroniques. Mais le tableau clinique n'est pas fatalement celui des cardiaques noirs, ou maladie d'Ayerza; souvent même cette sclérose pulmonaire passe totalement inaperçue et n'est découverte qu'à l'autopsie.

Cette sclérose s'accompagne souvent de thrombose des grosses branches de la pulmonaire, qui précipitent l'asystolie et aggravent la dyspnée de ces malades.

B. cite une observation de sclérose pulmonaire chez un malade atteint de rétrécissement mitral, et 6 cas d'artério-sclérose pulmonaire avec thromboses étendues chez des bronchitiques chroniques. Aucun de ces 6 malades ne présentait de signes cliniques et sérologiques de syphilis.

R. Rivoire.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

M. A. Glaser. ***Traitement de la névralgie faciale par le trichloréthylène*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 12, 21 Mars 1931). — En 1915, Plessner présenta en Allemagne 4 ouvriers atteints d'une intoxication chronique qu'il attribuait au trichloréthylène: ces malades avaient une anesthésie bilatérale du trijumeau, sans troubles moteurs; aussi eut-il l'idée d'utiliser ce produit dans le traitement de la névralgie faciale. Sur quatorze malades traités par lui à l'aide l'inhalations de trichloréthylène, 12 auraient été entièrement guéris. Mais les résultats observés par d'autres médecins sont infiniment moins brillants, les statistiques signalent seulement 15 pour 100 de guérisons.

Cependant dans la moitié des cas environ le traitement a amené une diminution de la fréquence et de l'intensité des crises.

Ce n'est donc pas une méthode à proscrire totalement, et on doit l'essayer avant d'entreprendre l'alcoolisation du ganglion de Gasser ou la section chirurgicale de sa racine sensitive. Le traitement consiste à inhaler 20 à 25 gouttes de trichloréthylène trois à quatre fois par jour, et à continuer pendant 1 mois à 6 semaines. Si les crises douloureuses disparaissent, il faut arrêter les inhalations, mais les reprendre à titre prophylactique tous les 2 ou 3 mois pendant 3 jours de suite.

Le remède est inoffensif, donnant parfois cependant un peu d'agitation temporaire.

R. Rivoire.

H. F. Root et A. Graybiel. ***Angine de poitrine et diabète sucré*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 12, 21 Mars 1931). — La coexistence d'angine de poitrine et de diabète est très fréquente. R. et G. en ont constaté 210 cas sur 7.000 malades atteints de diabète. La proportion est beaucoup plus élevée que la normale, ce qui tend à faire admettre une influence du diabète sur l'apparition de cet angor.

En général, l'angor diabétique survient 10 ans environ après le début du diabète, quel que soit l'âge du sujet: on peut donc l'observer chez de très jeunes gens; mais il s'observe surtout vers la soixantaine, donc plus tard que l'angor banal. Le pronostic de l'angor diabétique est plus grave que celui de l'angor ordinaire, la mort survenant d'ordinaire un an environ après le début des crises. Cependant les traitements modernes du diabète semblent améliorer un peu cette évolution.

En présence d'un malade atteint d'angine de poitrine, il faut penser à la syphilis; mais si l'on n'en trouve aucun signe il faut penser au diabète, et rechercher la glycosurie, que l'on trouvera bien souvent.

R. Rivoire.

H. F. Root. ***Diabète et anémie pernicieuse*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 12, 21 Mars 1931). — L'association du diabète et de l'anémie pernicieuse est fort rare. Cependant R. a réussi à en réunir 88 observations, la moitié environ personnelles.

Dans la majorité des cas, le diabète précède l'anémie pernicieuse. L'achlorhydrie est fréquente dans le diabète, et c'est peut-être le facteur étiologique capital pour l'apparition de l'anémie. Le traitement combiné par l'insuline et le foie donne des résultats excellents.

R. Rivoire.

D. Riesman. ***Hypertension artérielle et longévité*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 14, 4 Avril 1931). — Un article sans grand intérêt sur les rapports entre l'hypertension artérielle et la durée de la vie. Toutes les statistiques d'assurance ont depuis longtemps chiffré ce rapport, et l'on sait que la durée moyenne de la vie chez les hypertendus est beaucoup plus brève que la normale. Cependant, l'hypertension n'est pas une condamnation à mort fatale à brève échéance; R. a vu plusieurs cas où la survie fut de plus de 20 ans après la première constatation de l'hypertension: en particulier un vieillard de 97 ans qu'il soigne depuis 25 ans pour une hypertension oscillant entre 24 et 27.

Le plus intéressant dans cet article est la conclusion : R., constatant que l'hypertension artérielle essentielle s'observe en Amérique avec une fréquence beaucoup plus grande que dans les autres pays, attribue ce fait à la vie ridiculement agitée de l'Américain : « La placidité, la tranquillité sont le parfum de la vie: c'est seulement lorsque ce pays s'en sera rendu compte qu'il pourra se vanter d'avoir la civilisation idéale. » R., qui a lu le dernier livre de Duhamel, prêche sans doute dans le désert: mais il est tout de même réconfortant d'entendre un Américain prôner la paresse et le rêve, dans notre ère d'américanisation intense de l'Europe.

R. Rivoire.

S. H. Polayes et M. Lederer. ***Rupture de la rate dans la malariathérapie de la syphilis*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 14, 4 Avril 1931). — Alors que la rupture de la rate est un accident extrêmement rare au cours du paludisme spontané (1 pour 100.000, d'après Osler), elle semble beaucoup plus fréquente au cours de la malariathérapie: en effet, 10 cas indubitables ont été déjà décrits, alors que le nombre des malades traités par la malaria est encore relativement restreint. Cette complication est particulièrement grave chez les paralytiques généraux, car elle passe d'ordinaire inaperçue, et le traitement chirurgical n'est pas fait. Il est donc nécessaire de connaître la possibilité de cet accident. Pourquoi la rate se rompt-elle plus facilement chez les syphilitiques que chez les paludéens chroniques? Il est bien difficile de répondre à cette question. Peut-être la rate est-elle moins élastique du fait de l'épaississement fibreux de la capsule splénique dû à la syphilis.

R. Rivoire.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

E. B. Craven, Jr. ***L'importance du régime pour prévenir l'atrophie jaune aiguë du foie durant le traitement par l'arsphénamine*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, tome XLVIII, n° 3, Mars 1931). — Des expériences sur le chien ont montré à C. l'influence du régime sur l'apparition des accidents hépatiques à la suite d'administration d'arsphénamine.

La solution d'arsphénamine employée contenait 0 fr. 10 d'arsphénamine pour 10 cmc et était alcalinisée. On en donnait 0 gr. 02 par kilogramme pendant 4 jours.

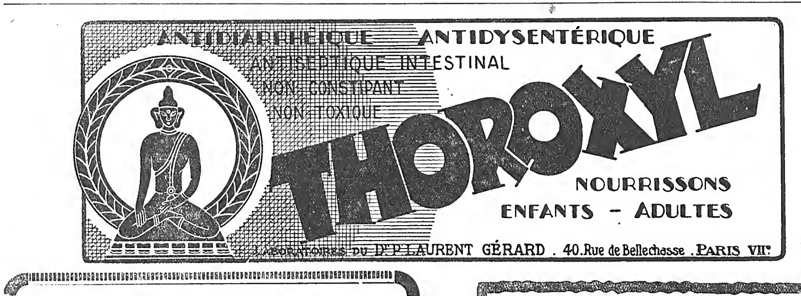
Des lots de 8 et 9 chiens furent mis à des régimes différents: un régime d'hydrates de carbone composé de riz bouilli largement sucré et transformé en pâte par adjonction de lait écrémé; le riz était mis en boulettes et couvert de farine de biscuits. Le régime gras consistait en graisse de bœuf ou de porc à laquelle on ajoutait de petites quantités de viande pour la faire accepter: la graisse atteignait toujours 70 ou 75 pour 100 du total. Le régime albumineux comprenait de la viande de bœuf, sans os, avec une quantité négligeable de graisse. L'eau était fournie à discrétion.

Le régime gras et le régime albumineux apportent le maximum de protection contre les lésions hépatiques provoquées par l'arsphénamine. C'est le régime des graisses qui paraît encore le plus efficace. Le régime hydrocarboné, au contraire, crée la susceptibilité la plus grande aux accidents hépatiques provoqués par ce médicament.

Le jeûne est aussi un facteur prédisposant pour l'atteinte du foie.

La cystine ajoutée au régime ou injectée dans les veines n'augmente pas la protection des régimes hydrocarbonés.

Robert Clément.



à 5 heures de Paris

VICHY

à 5 heures de Paris

Train de Luxe PULLMAN : PARIS-VICHY et Vice-Versa

TRAITEMENT SPÉCIAL

des maladies du **Foie** et de l'**Estomac**

GOUTTE - DIABÈTE - OBÉSITÉ - ARTHRITISME

ÉTABLISSEMENT THERMAL

LE MIEUX AMÉNAGÉ DU MONDE ENTIER

BAINS - DOUCHE de VICHY *(massage sous l'eau)*
MÉCANOTHÉRAPIE - ELECTROTHÉRAPIE
RADIOSCOPIE - RADIOGRAPHIE
RADIOTHÉRAPIE - Rayons ULTRA-VIOLETS

CURE DE L'OBÉSITÉ par la méthode du Prof. Bergonié

HOTEL RADIO

Maison spéciale de régimes sous direction médicale

Neurasthénie

Tous les états d'asthénie et de dépression nerveuse
Surmenage
Convalescence

AMPOULES
GOUTTES
GRANULES

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Génésérine
Polonovski et Nitzberg

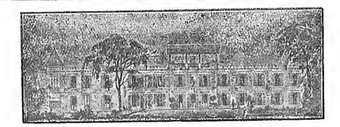
POSOLOGIE

Une ampoule par jour Deux à trois granules ou vingt à trente gouttes à chacun des trois repas.

Echantillons médicaux sur demande

LABORATOIRE DES PRODUITS AMIDO
4 Place des Vosges
PARIS





SANATORIUM du MONT-DUPLAN

Fondé en 1904 — **NIMES** — 13 heures de Paris

Médecin-Directeur : Dr Louis BAILLET, ✠, ✠, licencié ès sciences.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CHRONIQUES DE LA POITRINE — TRAITEMENT SPÉCIAL DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE — CURE COMPLÈTE PAR LE PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Établissement situé sur le versant méridional d'une colline à 120m d'altitude entouré d'un bois de pins de 8 hectares. Soleil, sécheresse, température égale. Pension à partir de 45 fr. par jour. Ouvert toute l'année. — Notice sur demande.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

C. Van Caulaert, P.-S. Petrequin et **Manguio.** ***A propos de l'azotémie par manque de sel*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIV, n° 32, 22 Avril 1931). — Dans le but d'élucider les mécanismes et la pathogénie de l'azotémie par manque de sel, C., P. et M. ont eu recours à l'expérimentation chez l'animal. Les chiens mis à un régime déchloruré très strict, chez qui l'on provoque dans la journée 4 vomissements à l'aide d'apomorphine, présentent un abaissement du chlore du sérum, une élévation de l'urée et de la réserve alcaline. L'apport de sel est suivi d'un abaissement de l'urée et de la réserve alcaline et d'une élévation du chlore. Lorsqu'au cours des vomissements on répare les pertes chlorées de l'organisme en administrant du sel, les modifications humorales ne se produisent pas. Ces expériences légitiment l'appellation « d'azotémie par manque de sel ».

Chez les malades observés, l'existence d'un trouble de la fonction rénale ne fait aucun doute. On a pu parler de néphrite fonctionnelle.

Si l'on donne à un de ces malades du bicarbonate de soude au taux de 20 gr. par jour, le taux d'urée reste stationnaire puis s'abaisse, la réserve alcaline s'élève de 18 pour 100 à 58 pour 100. Dans cette expérience l'adjonction de chlore n'a pas été indispensable pour abaisser l'azotémie, le sodium a suffi, mais le jour où l'on a donné simultanément du Na et Cl sous forme de NaCl, l'azotémie a baissé beaucoup plus rapidement.

Le manque de sel créerait dans le sang un abaissement de la concentration moléculaire et cet abaissement serait responsable du mauvais fonctionnement rénal et de l'azotémie consécutive. L'azotémie par manque de sel serait due à une modification humorale primitive consistant en une diminution de la concentration moléculaire et produisant secondairement un trouble rénal fonctionnel.

Robert Clément.

JOURNAL DES PRATICIENS
(Paris)

M.-P. Weil. ***Décalcifications alvéolo-dentaires, calcémie et recalcification*** (*Journal des Praticiens*, 45e année, n° 16, 18 Avril 1931). — W. insiste à nouveau sur la fixité du taux du calcium dans le sang malgré les besoins calciques de l'organisme relativement considérables chez le fœtus, l'enfant et l'adulte normal, ainsi que durant la lactation, fixité même à peine modifiée au cours de l'inanition ou avec un régime hypercalcifiant. C'est que le calcium, outre son rôle dans l'édification du squelette, intervient au premier chef dans toutes les fonctions vitales. Aussi, au cas d'alimentation calcique si fréquemment insuffisante, l'organisme fait-il au squelette, qui renferme 99 pour 100 de son calcium, les emprunts nécessaires. Il pourra arriver un moment où ceux-ci ne seront pas sans danger et donneront des troubles au niveau des os, du système articulaire et très souvent au niveau des dents.

En effet, la décalcification organique n'est pas un mythe. Elle est au contraire une éventualité fréquente, comme l'ont démontré Vignes et Coisset pour la décalcification gravidique par la mesure du calcium total de l'organisme, et Sherman et Mac Leod pour la décalcification de la rate durant la lactation. Mais l'erreur a été d'en rechercher le reflet dans le sang qui s'oppose justement le plus à une pareille modification.

En présence d'un trouble du métabolisme calcique, il importe donc de rectifier l'alimentation insuffisante en calcium et de subvenir à la carence par une médication appropriée. Les sels insolubles de calcium ne sauraient être conseillés, car ils ne sont résorbables que si le contenu intestinal est acide; et, d'autre part, la dispersion du sel calcique apparaît ici comme un facteur important, indispensable pour l'assimilation.

Aussi est-il préférable de s'adresser aux sels solubles de calcium. Parmi ceux-ci le chlorure, si facile à faire absorber aujourd'hui, représente le médicament de choix (Mason, Matz). On l'utilisera à doses assez fortes, par séries continues systématiquement et longtemps répétées.

GAZETTE MEDICALE DE NANTES

Rappin. ***Etude de la vaccination de la tuberculose et de ses différents vaccins*** (*Gazette médicale de Nantes*, 1er Avril 1931). — Depuis 30 ans, R. s'est attaché à la recherche d'une méthode de vaccination ou de sérothérapie de la tuberculose. Il utilise un vaccin composé de bacilles de Koch, *tués* par l'action d'une solution de fluorure de sodium à 3 pour 100 et mis en présence d'un sérum de cheval préparé par des inoculations de bacilles dégraissés et fluorurés, sérum qui serait doué de propriétés agglutinantes, antitoxiques et bactériolytiques. Les résultats obtenus avec ce séro-vaccin auraient été très favorables, chez 3 séries de 45, 108 et 150 enfants vaccinés, les 2 premières séries depuis 2 ans.

Les résultats obtenus par Maragliano viennent confirmer le pouvoir immunisant que possède l'emploi de bacilles tués. R. s'élève donc contre la vaccination de Calmette par le BCG vivant et seulement atténué.

Il conclut: « Toutes nos expériences, les résultats indéniables qu'elles nous ont permis de réaliser nous démontrent que, pour être effective, la vaccination de la tuberculose n'exige pas que l'on impose à des nouveau-nés, âgés de moins de 10 jours, une sorte de symbiose avec un parasite aussi redoutable qu'un bacille de Koch, sans doute atténué, mais qui peut encore provoquer la formation de lésions tuberculeuses. Même non évolutives, guérissables, ces lésions n'en créent-elles pas moins des stigmates, des séquelles anatomiques, blessant en quelque sorte le jeu et les fonctions de l'organe dans lequel elles se sont développées ? »

Enfin, tout ce que l'on sait de la forme filtrable du bacille de Koch invite à la prudence et à la réserve.

Robert Clément.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

A. Boquet, J. Valtis et **A. Saenz.** ***Sur le mécanisme de l'infection tuberculeuse expérimentale*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVI, n° 4, Avril 1931). — Dans le but d'élucider le mécanisme de l'infection tuberculeuse, B., V. et S. se sont livrés à toute une série d'expériences.

Si l'on inocule à des cobayes par voie sous-cutanée, sous la peau de la face plantaire d'une des pattes postérieures, une dose massive de bacilles tuberculeux bovins virulents, on constate que les bacilles franchissent en moins de 15 minutes le deuxième relai ganglionnaire interposé sur leur parcours centripète et qu'ils pénètrent dans la circulation sanguine entre la 30e et la 40e minute après l'inoculation. L'organisme entier du cobaye se trouve ainsi largement imprégné plusieurs jours avant que se manifestent les premiers signes locaux de l'infection. Ces animaux présentent, dès la troisième semaine, une véritable granulie splénique, alors que leurs poumons sont en apparence indemnes.

Ces constatations permettraient de supposer que la tuberculose par inoculation sous-cutanée est une infection générale d'emblée. En réalité, la précocité et l'abondance de la dispersion hématogène du bacille de Koch sont liées aux conditions artificielles de l'inoculation massive. La même inoculation à dose faible ne s'accompagne qu'exceptionnellement de virulence sanguine, mais dès la 2e heure des bacilles peuvent être décelés dans les ganglions lymphatiques régionaux. L'infection pulmonaire devient manifeste le 9e jour, ainsi que l'infection des ganglions T. B. Mais entre le 9e et le 14e jour, tous les organes sont envahis et les animaux succombent avec des lésions massives généralisées.

Le lapin, moins réceptif au bacille bovin, présente cependant le même ordre de dissémination.

Certains tissus, comme le parenchyme pulmonaire et les séreuses, paraissent plus propices que le tissu conjonctif sous-cutané ou sous-muqueux à la dispersion hématogène des bacilles tuberculeux et des bacilles paratuberculeux.

Les bacilles de Koch morts et les bacilles paratuberculeux de la fléole se disséminent comme les bacilles tuberculeux vivants, quoique en moins grande abondance. La dispersion hématogène initiale de tous ces germes dépend moins de leurs propriétés pathogènes que de leur nombre et de leur structure ciro-graisseuse.

La bacillémie représente un épiphénomène dans l'infection tuberculeuse et non un de ses aspects bactériologiques essentiels; son intensité et sa durée sont liées étroitement à la virulence des bacilles.

Dans l'infection produite par l'ingestion d'une très petite quantité de germes virulents, la bacillémie peut être si médiocre et si tardive que l'immunité acquise par l'organisme pendant la période d'incubation contrarie ses effets. Les altérations viscérales ne se manifestent alors qu'après un très long délai. Elles restent souvent localisées à un seul organe, parfois même se cantonnent dans le système lymphatique réalisant le type des infections latentes ou occultes, forme dégradée de la tuberculose.

Robert Clément.

G. Ramon, P. Descombey et **E. Lemétayer.** ***Sur l'immunisation antitoxique active et sur la production intensive de l'antitoxique tétanique chez le cheval*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVI, n° 4, Avril 1931). — La vaccination du cheval par l'anatoxine apporte à cet animal l'immunité antitoxique qu'il ne sait acquérir naturellement. Une injection de rappel, un an après la vaccination, multiplie 2.000 et 20.000 fois le titre antitoxique du sérum.

En ajoutant du tapioca à l'anatoxine, on obtient une immunité 150 fois plus grande qu'en injectant de l'anatoxine seule.

Ces notions ont été utilisées pour la préparation du sérum antitétanique chez le cheval et ont permis d'obtenir un sérum d'un titre antitoxique très supérieur à celui obtenu auparavant. Le titre antitoxique moyen pour 25 sérums ainsi préparés fut de 4.800 unités antitoxiques internationales, alors qu'en 1924 le titre moyen était de 100 unités internationales.

Ces nouvelles méthodes ont donc de multiples avantages; hyperimmunisation très rapide des chevaux, absence de risques pour la vie des animaux, quantité relativement faible d'antigène injecté et surtout production intense d'antitoxines.

Robert Clément.

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE
(Paris)

J. Voron et **H. Pigeaud.** ***Le coefficient de Maillard utilisé comme élément de diagnostic puis de pronostic dans les « vomissements graves » de la grossesse*** (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XXIII, n° 4, Avril 1931). — Les vomissements graves au cours de la gestation s'accompagnent d'une insuffisance hépatique. Pour d'aucuns, celle-ci est le *primum movens;* pour le plus grand nombre, elle est une conséquence des vomissements. Toujours est-il que cette insuffisance hépatique commande le pronostic.

V. et P. ont eu l'idée de se fonder sur un des signes de cette insuffisance hépatique, c'est à savoir le coefficient de Maillard, pour établir un pronostic mathématique.

Au cours de la grossesse normale ils ont établi que, jusque vers la fin du quatrième mois de la grossesse, chez les femmes exemptes de toute affection hépatique caractérisée, le coefficient reste au voisinage de la normale (6,58). Par la suite il augmente jusqu'à la fin du huitième mois pour atteindre la valeur moyenne de 11,32. Il redescend progressivement au cours du dernier mois de la grossesse pour se fixer à 7,50 au voisinage du terme.

Dans les cas de vomissements graves, le coefficient de Maillard-Lanzerberg a été, systématiquement, recherché tous les deux ou trois jours et une courbe précise représentant les variations du taux de ce coefficient a pu être dressée dans chaque cas. L'étude conjuguée de ces courbes et de ces observations a permis aux A. d'aboutir à des conclusions intéressantes.

Chez toutes les malades présentant réellement un syndrome de « vomissements graves » lors de leur entrée dans le service, le coefficient de Maillard a été toujours trouvé supérieur au chiffre 2. Malgré la gravité apparente des signes cliniques, toutes les fois que le coefficient de Maillard a été trouvé inférieur au chiffre 15, la guérison a été rapidement obtenue par des moyens thérapeutiques simples. Dans les cas où le coefficient de Maillard s'est montré supérieur au chiffre 25, il s'est toujours agi de formes particulièrement sévères à propos desquelles s'est posé le problème d'avortement thérapeutique. Quant aux observations dans lesquelles le coefficient de Maillard a été trouvé compris entre les chiffres 15 et 25, il s'est agi de formes d'intensité moyenne qui ont finalement guéri à la suite d'un traitement médical correct et l'orientation décroissante de la courbe de Maillard a permis dans de tels cas de suivre pas à pas le progrès de la guérison.

Henri Vignes.

MINERVA MEDICA
(Turin)

M. Dalla Palma. ***La thérapeutique splénique dans les maladies allergiques*** (*Minerva Medica*, XXII° année, tome I, n° 10, 10 Mars 1931). — D. P. expose le résultat de ses recherches sur l'action thérapeutique des extraits spléniques dans les maladies allergiques. Dans 13 cas d'asthme bronchique, il n'a eu de rémission temporaire ou de diminution du nombre et de l'intensité des accès qu'autant que les extraits spléniques injectés produisaient une brève élévation de température à 40°; dans le cas contraire, bien qu'il se fût servi des mêmes extraits que Mayr et Moncorps et que Birke, il n'a eu que des échecs; l'administration de pulpe de rate fraîche n'a donné que deux fois sur six une rémission de 4 à 5 jours. Rapprochant l'efficacité des extraits spléniques dans les maladies allergiques de celle de l'adrénaline dans l'asthme, l'auteur s'est demandé si l'action de l'adrénaline, agent puissant de spléno-contraction, ne s'expliquait pas par la mise en circulation de substances provenant de la rate et mobilisées par l'injection; pour vérifier cette hypothèse, il a faradisé l'aire splénique pendant l'accès d'asthme; dans un cas sur trois, le résultat fut net, mais l'accès d'asthme peut être coupé par des réflexes variés et, avant de conclure, il sera indispensable d'essayer par comparaison la faradisation d'autres régions.

La thérapeutique splénique par injections ou par voie buccale est restée sans effet dans trois cas d'urticaire et dans un cas de prurit avec éosinophilie; par contre, deux eczémas rebelles ont été, l'un très amélioré, l'autre guéri depuis trois mois.

Recherchant l'action de la splénothérapie sur l'éosinophilie des malades, D. P. n'a constaté sa diminution que chez les malades qui avaient présenté des accès fébriles à la suite des piqûres; chez 5 autres sujets ayant de l'éosinophilie de cause variée, la médication splénique n'a eu qu'une action incertaine sur le taux des éosinophiles.

Les extraits spléniques sont donc inefficaces dans l'asthme, car les améliorations obtenues dans certains cas s'expliquent par la réaction fébrile dont on connaît l'action suspensive sur l'asthme; cet échec est peut-être attribuable à l'origine respiratoire de l'allergie dans l'asthme. D'ailleurs, la conception de Mayr et Moncorps est loin d'être démontrée et, en particulier, l'absence de manifestations allergiques chez les sujets splénectomisés n'est pas en sa faveur.

L. Rouquès.

Carlo Ferrio. ***Observations sur la vitesse de sédimentation des érythrocytes*** (*Minerva Medica*, XXII° année, tome I, n° 13, 31 Mars 1931). — Au cours de recherches en série sur la vitesse de sédimentation déterminée par la méthode de Linzenmeier, F. a observé d'importantes variations d'un jour à l'autre chez des sujets ne présentant pas de modifications pathologiques ou physiologiques. Ces recherches ont porté sur des aliénés; F. estime que le fait est sans importance, car, pour lui, le facteur organique de certaines affections comme les états périodiques est incertain. Les variations observées sont importantes; la vitesse de sédimentation déterminée trois jours de suite chez un paralytique général a été de 105, 172 et 76 minutes; un dément précoce a présenté des variations moins rapides, mais allant de 15 à 110 minutes.

Si l'on étudie simultanément plusieurs sujets, on constate que la vitesse de sédimentation varie chez eux parallèlement; F. s'est demandé si cela n'était pas en rapport avec des perturbations atmosphériques; il semble y avoir une certaine concordance entre les variations de la pression atmosphérique et celles de la vitesse de sédimentation, en ce sens que lorsque la pression s'élève, la vitesse diminue et inversement; néanmoins, les exceptions restent trop nombreuses pour autoriser une conclusion définitive.

L. Rouquès.

Luigi Durante. ***Résultats du traitement de l'ictère hémolytique par la ligature de l'artère splénique et la splénectomie*** (*Minerva Medica*), XXII° année, tome I, n° 13, 31 Mars 1931). — La splénectomie donne dans l'ictère hémolytique une guérison rapide et durable de l'ictère, de l'anémie et de l'hémolyse bien que le syndrome hématologique soit moins influencé et que la résistance globulaire ne revienne que rarement et tardivement à la normale. Cependant, tous les malades ne sont pas en état de supporter l'opération dont la mortalité n'est pas négligeable (18 pour 100 en moyenne et 3 décès sur 51 dans la série de Mayo).

Aussi était-il plus logique d'essayer dans ces cas, comme Alessandri l'a fait le premier, la ligature de l'artère splénique, plus rapide et plus bénigne que la splénectomie; d'une manière générale, on peut dire que la ligature donne des résultats moins rapides et moins constants que l'ablation de la rate, sauf dans la thrombopénie essentielle, et que lorsque la rate est trop volumineuse, elle risque de déterminer une nécrose aiguë souvent mortelle; par contre, quel que soit son siège, elle ne donne pas de troubles pancréatiques cliniquement appréciables.

D. rapporte l'observation d'une jeune fille de 20 ans qui subit la ligature de la splénique pour un ictère hémolytique congénital; elle n'amena aucune modification immédiate du volume ou de la coloration de la rate; le soir, la température s'éleva à 39°5 et revint à la normale en 5 jours; du quatrième au sixième jour, la malade ressentit de violentes douleurs dans l'hypocondre gauche; l'ictère s'accentua dès le soir de l'opération, atteignit son maximum le quatrième jour, puis diminua: à partir du quinzième jour, il ne s'observait plus que sur les muqueuses. Revue au bout de deux mois, la malade ne conservait qu'un subictère discret des conjonctives; la rate avait diminué de volume mais restait encore perceptible dans la respiration profonde; le nombre des réticulocytes avait diminué ainsi que l'anisomicrocytose, mais la résistance globulaire était encore plus faible qu'avant l'opération.

Les deux malades opérés par Alessandri ont évolué comme celle de D.; comparée à la splénectomie, la ligature de la splénique donne des résultats immédiats et tardifs moins bons et n'influence pas davantage le syndrome hématologique. La splénectomie reste donc le traitement de choix de l'ictère hémolytique.

L. Rouquès.

Gabriele Monasterio. ***Les hyperglycémies neurogènes : l'hyperglycémie trypaflavinique*** (*Minerva Medica*, XXII° année, tome I, n° 14, 7 Avril 1931). — M. a déjà montré que la trypaflavine injectée par voie veineuse chez le lapin, à la dose de 2 à 3 centigr. par kilogramme, produisait constamment une hyperglycémie notable avec glycosurie, et qu'avec une dose plus forte (8 centigr. par kilogramme) on observait une hypoglycémie intense, sans phase préalable d'hyperglycémie, ou plus exactement sans hyperglycémie constatable; chez le chien, chez qui la trypallavine agit comme chez le lapin, le stade d'hypoglycémie est précédé d'une hyperglycémie assez longue pour être décelée.

Dans le présent travail, M. précise le mécanisme de l'hyperglycémie trypallavinique; l'ergotamine ne l'empêche pas, mais l'injection simultanée de trypaflavine à dose hyperglycémiante et d'insuline en quantité minime (une unité) produit une très forte hypoglycémie, comme si les propriétés hypoglycémiantes des deux substances se renforçaient l'une par l'autre; pour M., la trypallavine est en réalité une substance hypoglycémiante et l'hyperglycémie observée avec les petites doses n'est qu'une hyperglycémie adrénalinique, relevant d'une excitation partie des centres glycorégulateurs et se rendant aux surrénales par l'intermédiaire des splanchniques; en effet, l'hyperglycémie trypallavinique est remplacée par de l'hypoglycémie, lorsque les splanchniques sont sectionnés ou que les surrénales ont été extirpées. Il s'agit là d'une hyperglycémie neuro-surrénale, réaction de défense de l'organisme, identique par son mécanisme à celle de la pilocarpine.

M. expose sa classification des hyperglycémies neurogènes; il distingue:

1° Des *hyperglycémies neurogènes centrales*, par action des centres nerveux sur le foie et les surrénales, à la suite d'une excitation mécanique (piqûre du bulbe de Cl. Bernard), chimique (solutions hypertoniques de sels de sodium et de calcium, narcotiques), ou psychique (d'ailleurs encore douteuses);

2° Des *hyperglycémies neuro-surrénales*, se distinguant des précédentes par l'absence d'action des centres nerveux sur le foie et restant purement hormonales (hyperglycémies de la trypaflavine, de la strychnine, de la caféine, de la pilocarpine);

3° Des *hyperglycémies neurogènes périphériques*, provoquées par l'excitation des terminaisons intrahépatiques du système végétatif par des stimulants mécaniques (lésions des vagues, des splanchniques, du plexus solaire) ou chimiques (amines aromatiques, choline, etc...).

L. Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA (Naples)

Cesare de Fermo (Turin). ***Recherches expérimentales sur la sympathicectomie péri-vasculaire; l'examen fonctionnel du foie dans la sympathicectomie de l'artère hépatique*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, tome XXVIII, fasc. 4, Mars 1931). — L'auteur a pratiqué ses recherches sur 6 chiens de grande et de moyenne taille, endormis à l'éther, maintenus à une diète rigoureusement uniforme pendant toute la durée de l'expérience et sacrifiés enfin, à la fin de celle-ci, par injection de 20 cmc d'éther dans le poumon. La destruction du sympathique péri-artériel fut réalisée, après découverte de l'artère hépatique, par badigeonnage de ses parois sur un trajet de 2 cm. environ avec un tampon de gaze imbibé d'isophénol Doppler.

Les constatations faites à la suite de cette intervention sont les suivantes:

1° Diminution du sucre contenu dans le sang, s'accentuant jusqu'au dixième ou vingtième jour et revenant ensuite lentement vers les chiffres initiaux;

2° Comportement anormal de l'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire: la réaction d'hyperglycémie est faible, moins intense que normalement. Retour à la normale après un ou deux mois;

3° Comportement normal de l'épreuve de Widal;

4° Oscillations irrégulières des quantités d'azote résiduel dans le sang, restant toutefois dans les limites des oscillations physiologiques de cette importante fraction d'azote;

5° Légère augmentation de l'indice ictère, avec retour à la normale assez rapide (10-15 jours);

6° Comportement normal de l'épreuve de Rosenthal;

7° Augmentation de la cholestérine du sang, atteignant son maximum entre le dixième et le vingtième jour; retour à la normale après un mois environ.

Au point de vue histologique, l'examen des fragments de foie prélevés après sacrifice de l'animal montre, pendant une période assez courte consécutive à la symphathicectomie, que l'on peut rencontrer des altérations du parenchyme caractérisées par une atrophie de compression et par de légers phénomènes dégénératifs. Après 50 ou 60 jours passés depuis l'intervention, ces altérations ne sont plus appréciables.

André Guibal.

Raffaele Palma (Padoue). ***Action du refroidissement sur le foie*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, t. XXVIII, fasc. 6, Avril 1931). — Dans le but de poursuivre et de compléter les recherches de Lanz et celles de Carraro sur le refroidissement du foie, P. a entrepris, sur des lapins, une série d'expériences destinées à étudier la fonction glycorégulatrice à l'aide de l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée et l'état anatomique du foie après refroidissement.

Le foie est extrêmement sensible à l'action du froid agissant soit indirectement sur la région hépatique, soit directement sur la glande au moyen de jets de chlorure d'éthyle.

Un *refroidissement indirect* léger détermine seulement une altération fonctionnelle de l'organe, décelable sous la forme de trouble de la fonction glycorégulatrice. Après application de glace sur la région hépatique, on constate, par l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée, un abaissement du pouvoir que possède le foie d'emmagasiner le glycose: la glycémie ne revient que lentement, après trois heures, à la normale. Le refroidissement de la région hépatique par le chlorure d'éthyle pendant 3 à 5 minutes donne les même résultats.

Le trouble fonctionnel est encore plus marqué quand l'action du froid est prolongée pendant 10, 15, 20 minutes: le taux de la glycémie augmente alors régulièrement et progressivement pendant 60 à 90 minutes; puis, au lieu de diminuer, il continue à augmenter pour ne subir ensuite qu'une diminution légère, au point que l'hyperglycémie est encore élevée trois heures après l'ingestion de glycose.

L'altération de la fonction glyco-régulatrice se maintient pendant cinq à six jours, après lesquels il y a amélioration; mais l'hyperglycémie persiste chez l'animal à jeun, et si l'on pratique l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée, on note la lenteur du retour à la normale de la glycémie.

Lorsqu'on pratique le *refroidissement direct* par chlorure d'éthyle pendant 1 à 3 minutes, les résultats sont semblables; ils sont plus marqués quand la durée est plus longue (5 minutes): la glycémie, restée basse pendant près d'une heure, augmente brusquement et reste élevée pendant tout le temps de l'observation (3 heures). Douze heures après, la courbe glycémique reste élevée avec de brusques et fortes oscillations. Dans les jours suivants l'altération fonctionnelle est de plus en plus légère; 22 jours après un refroidissement de 5 minutes, la courbe de la glycémie provoquée est à peu près régulière.

En ce qui concerne l'état anatomique du foie après *refroidissement indirect*, on ne constate que de la congestion.

Après *refroidissement direct* au chlorure d'éthyle, on constate des lésions aussi bien à la suite d'une action brève que prolongée: dégénérescence graisseuse du parenchyme avec restauration par prolifération des cellules saines environnantes et néoformation de canalicules biliaires. Mais les éléments du parenchyme néoformés sont rapidement remplacés par une prolifération du tissu conjonctif interstitiel dans lequel on peut distinguer de nombreux vaisseaux biliaires nouveaux.

Outre ces lésions, qui restent plus ou moins superficielles, on note d'autres altérations plus légères du parenchyme: congestion après un refroidissement court, hémorragies, infiltration parvicellulaire et même légère, dégénérescence graisseuse, parfois encore appauvrissement du protoplasma et fragmentation des travées cellulaires, après un refroidissement de longue durée.

André Guibal.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin, Vienne et Munich)

A. Schittenhelm et **B. Eisler**. ***La thérapeutique de l'obésité plus spécialement par la thyroxine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 15, 11 Avril 1931). — S. et E. distinguent une obésité endogène et une obésité exogène. Ils admettent que chez la plupart des obèses la combustion des aliments se fait autrement que chez les individus normaux de sorte que l'ingestion d'une proportion trop élevée de calories doit être considérée comme un phénomène secondaire, la cause principale, à la fois endogène et constitutionnelle, étant les glandes endocrines, le tissu conjonctif, le système végétatif qui interviennent dans cet état avec la thyroïde en quelque sorte pour clé de voûte.

Dans leur thérapeutique de l'obésité, S. et B. considèrent que l'administration de thyroxine, qui se montre moins toxique que les autres préparations de thyroïde, constitue le médicament de choix. Ils font remarquer qu'on doit distinguer l'état d'obésité de la tendance à constituer des réserves de graisse et que l'administration de thyroxine ne signifie pas autre chose qu'une thérapeutique de substitution tendant à rétablir momentanément l'équilibre hormonal et végétatif en augmentant la dissimilation, la consommation énergétique, en diminuant l'adipophilie du mésenchyme et en modifiant le métabolisme des hydrates de carbone.

S. et E. administrent la thyroxine par la bouche à doses croissantes: 2 millig. le premier jour, le second jour 4 milligr., le troisième jour, 4 milligr. le quatrième jour, 6 milligr., le cinquième jour, 8 milligr., le sixième jour repos ou réduction de la dose à 2 milligr., le septième jour, 2 milligr., le huitième jour 4 milligr., le neuvième jour 6 milligr., etc. Une autre méthode plus énergique consiste à donner, le premier jour, trois fois 3 milligr., le second jour, trois fois 2 milligr. et le troisième jour, trois fois 1 milligr.; on répète cette série suivant l'effet obtenu tout de suite ou après quelques jours de repos. Enfin, la dose maxima de 9 milligr. par jour peut être dépassée pour un certain temps. S. et E. sont arrivés à donner, dans quelques cas, 12 et 18 milligr. par jour, mais alors, il est indispensable de suivre le malade pour veiller à la tachycardie, à la céphalée, aux douleurs névralgiques et aux autres symptômes toxiques.

A ce traitement médicamenteux, il est nécessaire d'adjoindre un régime, car la thyroxine, quand on dépasse 6 milligr. par jour, produit tôt ou tard des phénomènes toxiques chez des individus non myxœdémateux. Dans ces conditions le régime doit être lacto-végétarien, ce qui a l'avantage de faire pencher l'équilibre acide-base vers l'alcalose et parc ainsi, dans une certaine mesure, aux dangers de toxicose. A ce régime, on peut adjoindre des jours de fruits ou de crudités.

S. et E. donnent en terminant une observation concernant une femme de 46 ans dont la courbe de poids, qui dépassait 120, n'est qu'à peine modifiée par un régime de 2.500 et même de 1.500 calories et qui s'abaisse rapidement sous l'influence de la thyroxine.

P.-E. Morhardt.

J. Burtscher et **J. Malfatti**. ***L'influence de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches sur la réserve alcaline du sang total*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 16, 18 Avril 1931). — Pour une tension donnée de CO^2, le sang de gestante est nettement plus acide que celui d'une non-gestante. Par contre, l'acidité actuelle ou pH du sang est peu modifiée. La tension de CO^2 constitue donc un mode de compensation. D'autre part, le pouvoir de fixation des humeurs pour CO^2 diminue faiblement au début de la gravidité, puis passablement à la fin et pendant l'accouchement pour reprendre une valeur normale en une ou deux semaines. Ces notions ont été confirmées par de nombreux auteurs, mais, jusqu'ici, les observations faites au moment de l'accouchement sont assez contradictoires.

Les recherches faites par B. et M. ont montré qu'en moyenne le pouvoir de fixation du sang pour CO^2 atteint, vers la fin de la gestation, 41,45 volumes pour 100. Ce chiffre correspond à une acidose puisque d'après Van Slyke la normale oscille entre 73 et 53. En outre, dans presque tous les cas, il a été constaté une influence nette de l'accouchement sur la réserve alcaline. Chez les Ipares surtout, on a constaté une diminution variant de 18,9 à 0,5 volumes pour 100, soit en moyenne 6,26 volumes pour 100. Chez les multipares, cette diminution a été moindre: 3,14 volumes pour 100. Parfois même, on constate à la fin de la période d'expul-

sion, une augmentation de la réserve alcaline par rapport à ce qui est observé au début de la période de dilatation.

La constitution joue un rôle. Chez les femmes saines et vigoureuses (pykniques), la réserve alcaline diminue faiblement ou augmente. Chez les femmes asthéniques et hypoplastiques, présentant de la tuberculose des sommets, une néphropathie gravidique, de l'œdème marqué, etc., on a constaté un abaissement important de la réserve alcaline.

Les premiers jours après l'accouchement, le pouvoir de fixation pour CO^2 atteint dans 35,7 pour 100 des cas la limite inférieure de la normale pour non-gestante, ce qui correspond à une augmentation de 6,3 volumes pour 100. Il faut donc considérer que, ce jour-là, le niveau normal n'est pas encore complètement atteint. Vers le 3e ou le 4e jour après l'accouchement, on trouve des chiffres qui sont de 7,6 pour 100 supérieurs à ceux qui ont été obtenus le premier jour.

Cependant, le début de la lactation provoque une nouvelle chute de la réserve alcaline, chute qui peut atteindre 8,38 pour 100 par rapport à ce qui est observé le premier jour du post-partum.

Chez une femme pré-éclamptique, il a été constaté une forte diminution de la réserve alcaline (37,4 à 41,9 volumes pour 100). Ces chiffres ne sont d'ailleurs que de 3 pour 100 au-dessous de ceux qui sont normalement observés dans la gestation. La période d'expulsion provoque un nouvel abaissement jusqu'à 35,6 volumes pour 100. Après l'accouchement, le retour à la normale se fait très rapidement, comme le fait a été constaté notamment par Vozza. Dans un cas d'hyperémésis au 2e mois de la gestation, la réserve alcaline a été également trouvée faible. Il en a été de même dans tous les cas de péritonite ou de septicémie.

P.-E. Morhardt.

F. Siegert. ***L'influence de l'hormone ovarienne (hormone folliculaire) sur la sensibilité de l'utérus à l'égard de l'hormone du lobe antérieur de l'hypophyse*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 16, 18 Avril 1931). — S. fait remarquer tout d'abord que l'hormone ovarienne provoque une hypertrophie et surtout une augmentation du nombre des cellules de la musculature utérine. En outre, cette hormone modifie la sensibilité des fibres musculaires utérines à l'égard des substances qui excitent sa contraction et notamment à l'égard de l'hormone du lobe postérieur de l'hypophyse.

Un utérus de rat ou de cobaye, suspendu dans une solution de Tyrode, présente des contractions rythmiques qui diminuent puis cessent si on ajoute de la folliculine au liquide. Si on fait agir préalablement sur l'utérus l'hormone du lobe postérieur, on constate que l'hormone folliculaire diminue passagèrement les contractions. L'action de l'hormone du lobe postérieur est inhibée par l'hormone ovarienne d'une façon énergique si le muscle utérin a d'abord été traité par l'hormone folliculaire seule.

En somme, ces deux hormones agissent d'une façon antagoniste sur le tonus et la contractilité des fibres musculaires lisses. L'hormone ovarienne doit modifier cette fibre comme le prouve le fait qu'elle en stimule la croissance. L'antagonisme entre les deux hormones est assez marqué pour que la sensibilité de l'utérus à l'égard de l'hormone ovarienne puisse s'exprimer par la quantité d'hormone de lobe postérieur capable de surmonter l'action inhibante.

P.-E. Morhardt.

F. Schiff et **O.-V. Verschuer.** ***Recherches sérologiques sur les jumeaux*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 16, 18 Avril 1931). — S. et V. ont étudié une série importante de paires de jumeaux uniovulaires ou biovulaires soit au point de vue groupes sanguins classiques A et B, soit au point de vue des caractères M et N, trouvés par Landsteiner et Levine.

Pour savoir si les jumeaux étaient uniovulaires, il a été fait, chaque fois, des recherches étendues sur des caractères externes (couleur des cheveux, forme des oreilles, taches de rousseur, etc.). On a ainsi constaté que chez ces jumeaux uniovulaires il ne s'est jamais rencontré qu'un des enfants n'appartienne pas au même groupe sanguin que l'autre. Quand les jumeaux sont du même sexe, la concordance des groupes sanguins est plus fréquente que lorsqu'ils n'appartiennent pas au même sexe. Les relations entre la concordance et la discordance des groupes sanguins chez des jumeaux biovulaires correspondent à ce qu'on doit théoriquement attendre et à ce qui est calculé pour les frères et sœurs non jumeaux.

En somme, l'hérédité des groupes sanguins suivent, chez les jumeaux, les règles habituelles. Des habitudes péristaltiques se montrent incapables de modifier des groupes sanguins puisque des jumeaux non uniovulaires ne présentent pas de ressemblances plus grandes que des non-jumeaux.

En ce qui concerne la sérologie des facteurs M et N, la concordance régulière chez les jumeaux uniovulaires montre que le facteur M représente une unité génétique. Le facteur M ainsi que le facteur N et les quatre groupes sanguins sont donc bien caractérisés au point de vue sérologique.

Le diagnostic de la ressemblance par la méthode usuelle a été confirmé, chez les jumeaux de même sexe, dans tous les cas. Aucune constatation n'a été faite permettant d'admettre que chez des jumeaux uniovulaires il y ait des différences héréditaires. Il semble de même que des jumeaux de même sexe mais présentant des différences doivent être attribués à la fécondation de deux ovules par deux spermatozoïdes. Enfin l'étude des groupes sanguins et les facteurs M et N peuvent permettre de montrer s'il s'agit ou non de jumeaux uniovulaires.

P.-E. Morhardt.

Albert Hirschbruch. ***Elévation de la pression du sang*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 17, 25 Avril 1931). — H. prend d'abord la mesure de la pression maxima et minima avec une manchette placée au-dessus du coude. En même temps il note le pouls. Ensuite, il élève brusquement la pression dans la manchette à 350 mm. et la laisse retomber également brusquement. Puis il reprend la pression en notant la fréquence du pouls.

Les malades qu'il a soumis à cette épreuve sont répartis en groupes divers. Un certain nombre ont manifesté une élévation de la pression du sang d'au moins 10 mm. après cette épreuve. Pour quelques-uns de ces derniers, la fréquence du pouls est restée constante et d'autres fois elle s'est élevée. Ce dernier groupe de malades, qui représente 32,4 pour 100 de tous les cas où la pression s'est élevée sous l'influence de cette épreuve, s'est montré très nerveux, de sorte que H. considère que cette accélération du pouls est purement psychique.

En somme, une augmentation de la fréquence du pouls donne à penser que des facteurs psychiques entrent en jeu.

P.-E. Morhardt.

T. Gordonoff et **H. Merz.** ***La démonstration de l'action des expectorants*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 20, 16 Mai 1931). — G. et M. ont utilisé, pour étudier l'action des expectorants, la méthode proposée pour la première fois par Gordonoff et qui consiste à pratiquer la bronchographie après injection d'une substance opaque dans les bronches.

La substance employée a été du lipiodol ou de l'iodipine introduite dans les bronches chez des animaux trachéotomisés, à une dose qui ne dépasse pas 1,5 cmc chez les lapins. Ce sont d'ailleurs les petites doses (0,2 à 0,5) qui permettent le mieux d'observer les phénomènes. Après une pareille injection les animaux peuvent survivre pendant des mois.

Quant aux expectorants, ils sont administrés soit en injection intraveineuse, soit par la bouche, et on suit ainsi sur les radiographies la manière dont le liquide opaque introduit est chassé ou modifié. Il intervient à la fois des phénomènes sécréteurs et des contractions bronchiques. Pour G. et M. les mouvements des cils vibratils doivent agir fort peu.

Quoi qu'il en soit, 20 heures après l'introduction du liquide opaque, on constate que l'ombre ne s'est pour ainsi dire pas modifiée, bien qu'elle tende à devenir lentement plus claire. Au contraire, l'administration d'expectorants a des effets nets. Par exemple, le chlorure d'ammonium renforce nettement l'activité motrice des bronches. La substance opaque remonte sous son influence puis disparaît en 6 à 7 heures. L'iodure de potassium agit surtout comme sécréteur, car il accélère l'éclaircissement de l'ombre. Enfin, les produits riches en saponine (tussamag) ont une action sécrétrice analogue.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Siegel. ***L'influence du système nerveux et des hormones sur l'activité cardiaque*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 20, 16 Mai 1931). — S. fait remarquer que, chez l'enfant examiné très peu de temps après sa naissance, l'action du ventricule droit est plus visible sur l'électrocardiogramme tandis qu'au contraire, chez les gens âgés, c'est surtout celle du ventricule gauche qui prédomine.

En cas de thyrotoxicose avec diminution du poids, exophtalmos léger et augmentation du volume de la thyroïde, on constate d'abord que l'adrénaline fait, comme l'a montré Stamm, beaucoup moins augmenter le sucre du sang que normalement. Ensuite l'électrocardiogramme présente une onde T à caractères particuliers : elle se détache du complexe ORS directement et sans montrer de plateau horizontal intermédiaire. Cette modification de la courbe est caractéristique d'une augmentation du tonus du sympathique. L'administration de thyroïde la fait apparaître aussi bien chez les animaux que chez l'homme. Une excitation de l'accélérant a des effets analogues.

Il y a donc lieu de se demander si le sympathique n'agit pas sur le cœur un peu comme sur les muscles squelettiques. Or, il semble établi que l'excitation du sympathique active la désintégration du glycogène dans les muscles striés. On est donc amené à penser que l'onde T est en relations avec la production d'acide lactique.

Pour vérifier cette hypothèse, S. s'est adressé à l'acide acétique mono-iodé dont Nungsgaard a montré qu'il inhibe la production d'acide lactique. Ce toxique, injecté à des animaux, ne modifie pas sensiblement le complexe ORS; mais, après avoir augmenté l'onde T, la diminue et la rétrécit puis la fait disparaître. Il semble donc que l'ensemble représenté par cette onde T soit dû à un autre processus que le complexe ORS. Celui-ci devrait être rattaché à une alcalinisation et l'onde T à une acidification et, par conséquent, à la formation d'acide lactique. La formation d'acide lactique représente, aussi bien pour le cœur que pour les muscles squelettiques, une phase de réparation que le sympathique aurait pour fonction de favoriser.

Le sympathique agit sur les muscles par une substance qui n'est certainement pas l'adrénaline mais qui n'est pas encore identifiée. Le vague agit au moyen d'acétylcholine qui se montre capable de raccourcir et de diminuer, dans certaines conditions, l'onde T. En somme, tandis que le sympathique favorise la phase de réparation, le vague réduit la phase de travail.

Entre les substances par lesquelles les nerfs végé-

tatifs agissent sur les muscles et les hormones, il y a une différence importante : ces dernières, en effet, sont fabriquées à distance tandis que les premières sont fabriquées sur place. Néanmoins, l'adrénaline agit sur l'activité cardiaque en favorisant les modifications chimiques provoquées aussi bien par le sympathique que par le vague. Une augmentation de la production d'acide lactique sous l'influence de l'adrénaline doit être considérée comme renforçant la phase sympathique de réparation. On arrive ainsi à distinguer plusieurs formes de corrélations végétatives. D'abord, le vague et le sympathique agiraient d'une façon antagoniste par l'intermédiaire de substances fabriquées par les nerfs végétatifs. En outre, les hormones jouent un rôle. Il en est ainsi par exemple de la thyroïde qui active l'adrénaline et qui permet au système circulatoire de satisfaire aux exigences de l'organisme. Enfin, l'arrivée du sang au cœur augmente les forces de contraction du cœur et doit être considérée comme étant sous la dépendance de la pression veineuse réglée par l'adrénaline.

P.-E. Morhardt.

Max Rosenberg. ***Troubles fonctionnels de l'appareil insulaire dans la pancréatite aiguë*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 20, 16 Mai 1931). — R. a observé, au cours de ces 11 dernières années, 44 malades atteints de pancréatite aiguë, provenant de la clinique de Umber. Sur ces 44 malades, 9 étaient déjà diabétiques avant l'apparition de la pancréatite. Chez 7 autres, le diabète est apparu un certain temps après la pancréatite. Notons que par pancréatite R. entend aussi bien la nécrose que l'abcès. Dans tous les cas, il est important de faire le dosage du sucre du sang chez ces malades après administration de glucose non pas par la bouche à cause des nausées ou des vomissements qui surviennent facilement en pareil cas, mais après administration intraveineuse à la dose de 15 gr. de dextrose dans 40 cmc d'eau. La glycémie est déterminée immédiatement avant et après l'injection, puis 25, 50, 75, 100 minutes plus tard. Normalement, la glycémie a repris, dans ces conditions, son taux initial au bout de 75 ou de 100 minutes.

Or, sur les 35 cas de pancréatite aiguë qui n'étaient pas diabétiques au moment où cette affection s'est déclarée, il en est 19 qui ne présentaient aucune anomalie au point de vue du métabolisme du glucose, 7 qui présentaient de la glycosurie dont 3 sans hyperglycémie à jeun et sans courbe de glycémie pathologique. Dans 7 autres cas, il y avait hyperglycémie à jeun sans glycosurie, et dans 2 cas il y avait courbe pathologique de la glycémie sans autre symptôme.

Ainsi, au total, il y avait 16 malades (45,7 pour 100) qui présentaient des symptômes d'insuffisance de l'appareil insulaire. Cette statistique montre que la détermination de la glycémie à jeun est aussi importante que la glycosurie et que la détermination de la courbe de la glycémie, bien que plus compliquée, apporte rarement des renseignements significatifs.

Dans 15 cas de cirrhose pancréatique généralement avancée, il y a eu à peu près aussi souvent troubles fonctionnels de l'appareil insulaire. Dans 27 cas de cancer du pancréas, il n'a pas été trouvé 17 fois des lésions de l'appareil insulaire bien que les lésions soient en général très étendues.

Pour savoir si les troubles insulaires observés au stade aigu de la pancréatite comportent des conséquences pronostiques, R. fait remarquer que, sur 23 cas utilisables, 7 sont devenus diabétiques, Parmi les 16 restant, il en est dont la maladie ne remonte qu'à une année et qui deviendront peut-être diabétiques ultérieurement. Sur les 7 devenus diabétiques, il en est 3 qui n'avaient aucun trouble de l'appareil insulaire au cours de la pancréatite aiguë et 4 qui en présentaient sous une forme ou sous une autre. Il ne semble donc pas que les constatations faites au moment de la période aiguë aient une grande importance pronostique.

R. donne en terminant l'observation d'une femme de 26 ans à hérédité chargée au point de vue troubles du métabolisme et infection des voies biliaires, qui fait une nécrose aiguë du pancréas. A la suite de la crise aiguë, il se forma un abcès qui fut incisé et par lequel il s'élimina des séquestres du pancréas atteignant parfois la grosseur d'un doigt. La glycosurie qui existait depuis le début de l'affection disparut à ce moment. Plus tard, en même temps que des poussées de température, le sucre reparut dans l'urine en même temps que la glycémie était élevée. Plus tard encore, malgré des poussées de pancréatite répétées, la glycosurie disparut et la glycémie redevint normale. Enfin, à la suite d'une grossesse, il apparut des troubles diabétiques (polydypsie, polyurie). On provoqua l'avortement, mais la glycosurie et une glycémie élevée persistèrent. Chez cette malade, la glycémie et la glycosurie se sont comportées différemment, sous l'influence d'attaques répétées de pancréatite.

En somme, si des années après une affection aiguë du pancréas il survient un diabète, on peut se demander si la première affection est cause de la maladie, étant donné qu'entre les deux il y a des relations constitutionnelles et que les deux peuvent, par conséquent, avoir une même origine.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

F. Lickint. ***Les troubles déterminés par l'usage du café caféiné ou décaféiné et recherches sur le café de malt*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 11, 13 Mars 1931). — L. distingue 5 groupes différents parmi les buveurs de café.

Le premier groupe est constitué par les sujets qui tolèrent parfaitement le café : c'est le groupe le plus nombreux.

Le second groupe comprend des sujets qui souffrent de troubles dyspeptiques lorsqu'ils boivent du café. Leur intolérance semble due à des substances qui sont produites par la torréfaction du café : histamine ou acide chlorhydrique. Ces substances ont une action irritante pour la muqueuse gastrique. Des procédés de préparation, réglés par K. Lendrich ou par Harnack, permettent d'éliminer la plus grande partie de ces substances, et d'obtenir des cafés mieux tolérés.

Le troisième groupe se caractérise par la sensibilité à l'égard de la caféine. On connaît les accidents cardiaques et nerveux qui manifestent ce type d'intolérance, le mieux connu, et auxquels se joignent quelquefois la sclérose artérielle, des lésions rénales, quelquefois même (Stieves) des altérations des glandes génitales. Il est curieux de noter que ces symptômes sont beaucoup plus fréquents chez les buveurs de café que chez les buveurs de thé ou de cacao, alors que ces derniers produits sont plus riches que le café en caféine : ce fait n'a jamais été expliqué d'une manière satisfaisante. On connaît plusieurs marques de café décaféiné, dont l'usage rend les plus grands services à ce type d'intolérants.

Le quatrième groupe n'est guère connu, et L. s'attache à l'isoler. Il réunit des sujets qui supportent le café ordinaire, mais qui souffrent d'inconvénients spéciaux quand ils absorbent du café décaféiné d'une marque très répandue en Allemagne (et, sous un nom différent, en France également). L. cite une dizaine d'observations succinctes de personnes qui, après avoir pris du café décaféiné pendant un certain temps, se trouvaient obligées d'y renoncer à cause de sensations de dégoût, de nausées, de régurgitations à odeur de benzine, de pesanteurs gastriques. L. suppose que ces troubles sont dus à la purification insuffisante du café, et à la persistance de quelques traces du solvant (de composition secrète, d'ailleurs) qui sert à l'extraction de la caféine. Ces faits semblent imposer des perfectionnements et des soins plus minutieux dans la préparation du café décaféiné.

L. classe enfin dans le cinquième groupe les sujets qui ne tolèrent aucune espèce de café. Il est probable qu'il s'agit, chez eux, d'une sensibilisation allergique à l'égard d'un produit de torréfaction du café. Quelques-uns de ces sujets, intolérants à l'égard du café noir, supportent bien le café au lait. D'autres recourent au café de malt. Ce dernier, mélangé au lait, a l'avantage d'assurer le maximum de finesse à la coagulation des albumines du lait ; cette particularité le rend précieux pour le régime des malades atteints d'ulcère de l'estomac, auxquels on doit souvent interdire le lait pur, et qui supportent bien le mélange de lait et de café de malt.

J. Mouzon.

K. Narbeshuber. ***Anémie de stricture et opothérapie hépatique*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 11, 13 Mars 1931). — N. relate un nouveau cas d'anémie, de type pernicieux, développée chez un malade atteint de rétrécissement de l'intestin. Ce cas vient s'ajouter aux 18 observations antérieures qu'il connaît. Mais il apporte un fait nouveau, qui vient confirmer le caractère authentiquement biermérien de ce type d'anémie : sa guérison sous l'influence de l'opothérapie hépatique.

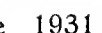
Il s'agit d'une jeune fille, qui avait été opérée, en 1923, à 23 ans, d'un triple rétrécissement du grêle d'origine tuberculeuse, dont les premiers symptômes remontaient à l'âge de 14 ans. On avait pratiqué une double entéro-anastomose pour les deux rétrécissements le plus haut situés, et une iléo-transversostomie pour le plus bas situé, proche de la valvule de Bauhin. A la suite de l'intervention, la malade s'améliora beaucoup et reprit du poids. Cependant elle commença, à cette époque, à présenter des signes de glossite. L'examen hématologique montrait, à ce moment, 3.500.000 globules rouges, avec une valeur globulaire de 1,2, 3.580 globules blancs, dont 51,5 pour 100 neutro, 32 pour 100 lympho, 13 pour 100 mono, 3,5 pour 100 éosino.

Cinq ans plus tard, de nouveaux troubles intestinaux se produisirent : crises de subocclusion suivies de débâcles diarrhéiques. La malade a beaucoup maigri. La région iléo-cæcale est tendue et douloureuse. La pâleur est extrême ; l'œdème des jambes apparaît. En Juin 1929, le tableau hématologique est le suivant : globules rouges, 1.350.000 ; valeur globulaire, 0,91 ; globules blancs, 2.200 ; myélocytes 3 pour 100 ; formes de transition 1 ; neutro 40 ; lympho 49 ; mono, 6 ; éosino 1 ; aniso-poïkilocytose, nombreuses hématies polychromatophiles ou à granulations basophiles. Cependant le suc gastrique contenait de l'acide chlorhydrique libre en abondance. L'examen radioscopique permet de reconnaître un rétrécissement du côlon transverse, que le repas opaque franchit assez facilement.

La malade n'étant pas en état de supporter une opération, on pratique deux transfusions sanguines ; on assure des évacuations intestinales régulières grâce à des lavements quotidiens, et on donne de l'extrait de foie, à une dose qui correspond à 500 gr. de foie frais par jour. Après 3 semaines de traitement, les globules rouges sont à 1.760.000. L'état s'est amélioré au point que la malade peut prendre, en outre, du foie frais. Après 2 autres semaines, le chiffre des globules rouges approche de 3.000.000. Le 2 Avril 1930, les globules rouges sont à 4.300.000, les globules blancs à 8.100.

Il est intéressant de noter que cette amélioration si considérable a été obtenue sans nouvelle intervention chirurgicale. Dans le cas de Scherer, la guérison de l'anémie n'était survenue qu'après iléo-transversostomie.

J. Mouzon.



SYPHILIS À TOUTES SES PÉRIODES
LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

MUTHANOL

HYDROXYDE DE BISMUTH RADIFÈRE

ADOPTÉ PAR L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET LE MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

ampoules et suppositoires

Dose normale de 2cc:13 cg.Bi-métal
Double dose de 3 cc:26 cg.Bi-métal
Dose infantile de 1 cc:2,6cg.Bi-métal

pour adultes : 17,24cg.Bi-métal
pour enfants : 3,45 cg.Bi-métal

TRAITEMENT DU PSORIASIS

PAR UN NOUVEAU COMPOSÉ
ARSÉNO-BISMUTHIQUE

ampoules de 3 cc.½
pour injections
intraveineuses ou
intramusculaires

Psothanol

Le Psothanol à 1 cc
Pour injections intramusculaires
Thérapeutique autophylactique
Rénovation leucocytaire.

AU MÊME LABORATOIRE
NÉOLYSE
TRIRADOL
VISCO-SÉRUM
STAPHYLOTHANOL

LABRE GABRIEL FERMÉ
55, Bould de Strasbourg. PARIS

F. Depisch. ***Considérations nouvelles sur la conception pathologique, le traitement et les essais de thérapeutique chirurgicale du diabète*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 14, 2 Avril 1931). — Elève de Falta, D. insiste sur le rôle que jouent, chez les diabétiques, à côté de l'insuffisance insulinienne, les mécanismes régulateurs de la glycémie, antagonistes de l'insuline : d'une part, les facteurs qui stimulent la libération du glucose aux dépens du glycogène hépatique (adrénaline, hormone thyroïdienne, hormone post-hypophysaire); d'autre part, ceux qui inhibent la fixation et la combustion du glucose dans les tissus (adrénaline, hormone thyroïdienne, et sans doute action nerveuse).

D'après D., tandis que le diabète maigre est généralement dû avant tout à un déficit d'insuline, le diabète gras, souvent moins sensible à l'insuline, serait dû, dans la plupart des cas, à l'action excessive des mécanismes régulateurs antagonistes de l'insuline. Inversement, il est des cas où le mécanisme régulateur est insuffisant, et où la sensibilité à l'insuline est excessive. Il en était ainsi dans une observation de D.: malgré l'ingestion simultanée d'un repas, il suffisait d'une injection de 3 ou 4 unités d'insuline pour déterminer des crises graves d'hypoglycémie.

Chez les diabétiques qu'il observe, D. étudie la courbe de l'hypoglycémie déterminée par l'injection de 14 unites d'insuline à jeun (épreuve de Radoslav), en dosant cette glycémie, pendant 4 à 5 heures, à la fois dans le sang veineux et dans le sang capillaire. Il distingue, grâce à cette méthode, trois types de réactions chez le diabétique habituel, qui réagit bien à l'insuline : la glycémie capillaire tombe rapidement et fortement, par exemple de 2,70 pour 1.000 à 1,18 pour 1.000; en même temps, la différence s'accentue entre la glycémie capillaire et la glycémie veineuse, qui est plus basse: les tissus fixent une quantité plus importante de glucose. Dans un autre type de courbe, la résistance à l'insuline est exagérée : l'hypoglycémie insulinique se produit bien (de 3,80 pour 1.000 à 1,65 pour 1.000), mais elle est à peu près la même dans le sang veineux que dans le sang capillaire: l'insuline n'a pas exercé d'influence sur la fixation du glucose dans les tissus. Enfin, une troisième courbe est caractéristique de l'insulino-résistance d'origine hépatique: la glycémie capillaire s'abaisse à peine, de 2,50 pour 1.000 à 2,20 pour 1.000, mais la glycémie veineuse s'infléchit davantage, jusqu'à 1,95 pour 1.000: c'est le mécanisme hépatique, et non le mécanisme tissulaire, qui se trouve partiellement soustrait à l'action de l'insuline. Bien entendu, il y a tous les intermédiaires entre ces trois types.

D. décrit ensuite la conduite adoptée, dans l'école de Falta, pour le traitement des diabétiques. Les malades sont d'abord soumis, pendant 4 à 5 jours, à un régime d'épreuve: 150 gr. de viande, 2 ou 3 œufs, 30 gr. de fromage, 600 à 800 gr. de légumes verts, 1 petit pain, 30 gr. de riz, 100 gr. de pommes de terre, et 150 à 200 gr. de graisse. On y ajoute du thé, du café, du bouillon de légumes, 1 ou 2 échaudés, et un peu de vin ou d'alcool. Après ces 4 ou 5 jours, on pratique une analyse des urines de 24 heures. Certains diabètes légers se trouvent déjà réduits. Si l'on trouve une glycosurie inférieure à 30 pour 1.000 sans acétonurie, on essaye un traitement purement diététique, constitué par un régime protéique, — analogue au régime d'épreuve, sans pain, riz ni pommes de terre, — avec un jour de légumes verts (même menu, sans viande) tous les 4 jours. Après une ou deux semaines, si la glycosurie a disparu, on peut rétablir peu à peu des doses progressives d'hydrates de carbone. Si, au contraire, la glycosurie persiste, si l'on voit surtout apparaître la glycosurie, il faut commencer les injections d'insuline. Le régime d'épreuve est souvent alors légèrement enrichi en hydrates de carbone. Les injections d'insuline sont pratiquées 3 fois par jour, une heure ou deux avant chacun des repas. Chacune est d'abord de 10 unités, mais peut être portée à 20, 30 ou davantage. Après quelques semaines ou quelques mois, il est souvent possible de diminuer ou même de supprimer l'insuline.

Dans le coma, l'insulino-résistance n'est pas rare. D. incrimine alors le trouble des mécanismes antiinsuliniens. Il recommande d'associer aux grosses doses d'insuline et à la médication hydrocarbonée la diminution des graisses, — qui exercent une action nocive sur le foie, — les injections intraveineuses de bicarbonate de soude à 40 pour 1.000, enfin les ponctions lombaires, qui seront répétées jusqu'à disparition de la réaction de Gerhardt dans le liquide.

D. discute le régime de Adlersberg et Porges, pauvre en graisses (beaucoup plus cétogènes que les protéines), qui a de grands avantages chez certains diabétiques obèses avec faible glycosurie, — et le régime de v. Noorden, constitué de légumes verts et de fruits, sans sel, — régime qui convient surtout aux diabétiques obèses atteints de décompensation cardiaque.

Enfin, D. passe en revue les traitements chirurgicaux du diabète, qui ont été proposés, et qui se classent en deux groupes: le premier comprend les interventions qui doivent agir dans la production d'insuline: ligature du conduit excréteur pancréatique, ligature en masse du pancréas (opération de Mansfeld), ligature des voies excrétrices de la parotide. L'opération de Mansfeld aurait été faite une dizaine de fois chez l'homme depuis 2 ans, mais aucun résultat favorable n'aurait été rapporté. La ligature du canal de Sténon, qui a été réalisée plus souvent, a donné des résultats contradictoires. Le second groupe d'opérations tend simplement à inhiber l'activité des organes antagonistes des îlots pancréatiques: ces opérations n'ont été tentées, jusqu'à présent, que chez des chiens soumis à la pancréatectomie partielle. Mais, à cet égard, l'énervation de la surrénale, faite par Ciminata, et l'énervation du foie par dilacération du plexus du petit épiploon, tentée par Hasenöhrl, Schönbauer et D., auraient donné quelques résultats encourageants.

J. Mouzon.

J. Schlammadinger et **E. Szep.** ***Essais d'application du régime de Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorfer dans quelques dermatoses inflammatoires, tuberculeuses et non tuberculeuses*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 14, 2 Avril 1931). — S. et S. ont appliqué la cure de Gerson, avec les modifications de Herrmannsdorfer, chez 19 malades atteints de dermatoses diverses: 11 lupus, 1 tuberculose verruqueuse, 3 tuberculoses ulcéreuses, 1 fistule anale, d'autre part 2 ulcères de jambe, 1 eczéma séborrhéique, 2 eczémas chroniques, 1 névrodermite. Le régime fut suivi rigoureusement, et associé à l'huile de foie de morue phosphorée. Aucun autre traitement, local ni général, ne fut institué.

Le traitement est en général facilement accepté. Mais, de la 3e à la 5e semaine, le régime provoque souvent de l'inappétence. Un seul malade a dû abandonner la cure par suite d'un dégoût accompagné de vomissements. En tout cas, S. et S. sont d'avis que le régime ne peut guère être suivi strictement en dehors d'une maison de santé.

Dans aucun des cas il n'y a eu de guérison complète, mais dans aucun il n'y a eu non plus d'aggravation de la dermatose. Dès la 2e ou la 3e semaine, on observe, en général, dans les dermatoses tuberculeuses, une régression de la tuméfaction œdémateuse, une diminution de la rougeur et de la cyanose, et, dans les formes ulcéreuses, un nettoyage et une épidermisation des ulcérations. Par la suite, les progrès deviennent plus lents; quelquefois même ils s'arrêtent complètement. Il y a, souvent, en même temps, augmentation du poids du malade.

Dans les névrodermites, il y a eu amélioration, avec baisse de l'éosinophilie, mais le résultat n'a pas été durable. Dans les ulcères de jambes, l'influence thérapeutique est restée nulle.

Des recherches biologiques ont été faites chez 12 des malades traités. La calcémie était souvent un peu forte, mais ne dépassait jamais 0,008 milligr. pour 1.000. La chlorurémie était légèrement inférieure à la normale dans 8 cas, non modifiée dans les 4 autres cas. La glycémie variait de 0,85 à 1,49 pour 1.000. Les valeurs de la réserve alcaline étaient très variables, et n'avaient rien de caractéristique. Le pH de l'urine était également très variable, de 6,8 à 5; en moyenne plus acide que chez les sujets normaux (tandis que le régime original de Gerson était alcalinisant, celui d'Herrmannsdorfer est plutôt acidifiant). Les éliminations urinaires de NaCl étaient naturellement faibles, et ne dépassaient jamais 4 à 5 gr. par jour. L'épreuve de la ninhydrine ne donnait aucun résultat caractéristique. La sédimentation globulaire n'a guère été diminuée que dans 3 cas, la réaction d'activité de Costa, dans 2 cas. La réaction allergique à la tuberculine est souvent renforcée pendant la cure.

S. et S. supposent que la cure de Gerson agirait par déchloruration, en diminuant l'infiltration œdémateuse des tissus. Peut-être aussi réaliserait-elle une thérapeutique irritative non spécifique, en introduisant des antigènes dans l'organisme.

J. Mouzon.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
(Leipzig)

E. Schuster. ***Contribution à l'étude du pneumothorax bilatéral*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LIX, n° 5, 1931). — Les deux observations relatées par S. sont destinées à renseigner sur les conditions évolutives du double pneumothorax thérapeutique : la première concerne une jeune fille de 18 ans atteinte d'une tuberculose excavée du côté gauche et chez laquelle en raison de l'atteinte du côté opposé on dut pratiquer la collapsothérapie à droite également. Or, des deux côtés se produisit un épanchement réactionnel, purulent à gauche, séro-fibrineux à droite ; malgré ces complications, l'évolution fut favorable : l'empyème s'est résorbé spontanément et l'épanchement du côté droit n'a pas nui à la mise au repos et au collapsus du poumon. Il y a donc lieu selon S. de ne pas considérer les épanchements liés au pneumothorax artificiel comme devant imposer un pronostic trop sombre, et il convient d'observer vis-à-vis d'eux une attitude conservatrice. Malgré ces complications, il n'y avait ni dyspnée angoissante, ni déplacement du cœur, ni troubles circulatoires.

La deuxième observation concerne un jeune homme de 21 ans, chez lequel un pneumothorax double, dont l'un s'accompagna d'un petit épanchement, put être maintenu à une pression forte sans que le malade présentât à aucun moment le moindre trouble respiratoire.

Ces faits démontrent de façon frappante la possibilité de comprimer le poumon sans supprimer son rôle respiratoire.

G. Basch.

Göbel. ***Indications du pneumothorax bilatéral*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LIX, n° 5, 1931). — La pratique du pneumothorax bilatéral a modifié le pronostic de la tuberculose pulmonaire particulièrement en ce qui concerne la phtisie infantile, d'où la règle de réaliser le collapsus bilatéral dans un certain nombre de faits dans lesquels, malgré l'absence clinique et radiologique de cavernes du côté opposé, certains aspects de

condensation permettaient de faire prévoir une rapide extension du processus après la première insufflation.

Ce sont donc ces cas qui ont particulièrement bénéficié du pneumothorax double alors que la collapsothérapie unilatérale donnait lieu chez eux aux résultats les plus déplorables. Or, chez certains de ces malades, G. avait noté une amélioration considérable après mise au repos du côté le plus atteint, à tel point qu'il avait renoncé par la suite à l'insufflation adverse. Comment prévoir à l'avance une semblable évolution ? G. considère comme de premier ordre les renseignements fournis par la vitesse de sédimentation globulaire qu'il étudie à l'aide de courbes appropriées : lorsque l'amélioration de cette courbe qui, dans la règle, succède au premier collapsus se maintient constante, il est inutile d'insuffler l'autre côté ; dans le cas contraire, on procède au collapsus du côté le moins atteint.

G. Basch.

Félix. ***Le plombage de la plèvre dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LIX, n° 6, 1931). — On a beaucoup insisté sur les dangers que présentait cette intervention, mais les statistiques portent sur un trop petit nombre de cas pour qu'on puisse se rendre un compte exact de la valeur de la méthode.

En premier lieu, l'introduction d'un corps étranger provoque comme il est habituel une réaction inflammatoire aseptique avec parfois formation d'un exsudat qu'il convient de ponctionner, mais qui n'exerce pas d'action défavorable sur le résultat final. Dans certains cas cependant, il peut y avoir infection post-opératoire vraie, de pronostic plus incertain.

Parfois se produisent des troubles d'ordre mécanique consistant en déplacement de la masse inerte vers le bas; dans d'autres cas cette masse comprimant le cœur donne lieu à des troubles du rythme comme l'a relaté Sauerbruch. Quelquefois les parois de la caverne sont trop rigides et le but cherché n'est pas atteint. Dans d'autres cas enfin, il y a perforation de la paroi de la caverne, complication des plus graves et qui commande l'ablation immédiate du corps étranger.

Il est bon d'observer un certain nombre de préceptes si l'on veut éviter ces divers inconvénients : les indications doivent tout d'abord être posées de façon stricte : là où réussiraient le pneumothorax ou la thoracoplastie, il n'y a pas place pour le plombage de la plèvre; cependant on l'associera parfois à la thoracoplastie limitée supérieure.

Son indication majeure demeure cependant la grande caverne du lobe supérieur surtout lorsque le reste du poumon est sain.

On peut également y recourir lorsque, dans les formes bilatérales, des adhérences interdisent le pneumothorax et que la thoracoplastie est impossible. Par contre, on doit craindre la perforation pariétale lorsqu'il s'agit de cavernes géantes. Enfin, Tuffier a montré l'intérêt de la méthode dans les grandes hémorragies.

On a utilisé comme matériel de la graisse ou des muscles, mais il faut compter en ce cas avec les processus de résorption qui, diminuant la masse, amoindrissent la compression.

Enfin, il ne faut pas chercher un collapsus total, mais partiel, et opérer avec un rigoureuse asepsie.

G. Basch.

THERAPIE der GEGENWART
(Berlin)

E. Schill. ***La prophylaxie de l'état anaphylactoïde qui peut apparaître au cours de la cure insulinique*** (*Therapie der Gegenwart*, tome LXXII, fasc. 4, Avril 1931). — On sait que certains sujets présentent de l'urticaire à la suite des injections d'insuline, et que d'autres sont même frappés, quelques instants après l'injection, d'accidents de type anaphylactique. Ces phénomènes d'intolérance rappellent ceux que provoquent les sérums animaux. Cependant les solutions d'insuline du commerce ne renferment pas d'albumine, mais donnent seulement les réactions des albumoses (réaction à l'acide sulfosalicylique, réaction du biuret, etc.). Même les solutions pures d'insuline cristallisée, préparées par Abel, qui ne sauraient entrer dans la pratique courante à cause de leur prix élevé, donnent les réactions du biuret, de Millon et de la ninhydrine, et peuvent déterminer de l'urticaire (Tuft). Il faut donc admettre, comme le donnent à penser les expériences d'Edgard Zunz, que les albumoses sont susceptibles de créer une sensibilisation.

En présence de signes d'intolérance de cet ordre. S. conseille d'abord de changer la marque d'insuline. Si cela ne suffit pas, on peut essayer d'associer, à l'injection sous-cutanée d'insuline, une injection intracutanée, et cela jusqu'à ce que les signes d'intolérance ne se reproduisent plus. Dans les cas les plus sévères ou les plus rebelles, il faut essayer la désensibilisation par des injections intracutanées de solutions d'insuline très diluées, puis de plus en plus concentrées, sans injection sous-cutanée. Cette dernière voie n'est abordée qu'au moment où l'insuline non diluée ne détermine plus aucune réaction en injection intradermique. S. relate deux cas, dans lesquels il a pu obtenir la désensibilisation par ce procédé, et il en rapproche ceux d'Engelberg, de Bonem et de Kaufmann.

A côté de ces signes d'intolérance, S. rappelle les autres incidents possibles du traitement insulinien : « réaction hypoglycémique », lipatrophie, enfin manifestations cardiaques. Ce dernier type de complications est encore mal connu. H. Haynal, Wittgenstein et Mendel ont vu des altérations électrocardiographiques chez l'animal. S. a vu, avec Pogany, chaque injection d'insuline déterminer des crises d'alternance cardiaque. Van den Bergh et G. Hetenyi ont observé, après les injections, des crises d'angine de poitrine. Enfin Ehrmann, Jacoby, ont décrit, chez des sujets morts de coma diabétique, qui avaient reçu de fortes doses d'insuline, des hémorragies des poumons, du tractus gastro-intestinal et de la dure-mère.

J. Mouzon.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

C. Paine et **Robert Platt.** ***L'artério-sclérose pulmonaire*** (*British Medical Journal*, n° 3668, 25 Avril 1931). — P. et R. P. rapportent trois cas d'artério-sclérose pulmonaire, dénomination qu'ils préfèrent à celle de maladie d'Ayerza-Arrilaga. Dans ces trois cas avec autopsie, ils ne trouvèrent aucune lésion syphilitique, ni d'atteinte valvulaire, en particulier de sténose mitrale; mais ces malades avaient présenté une bronchite chronique avec expectoration muco-purulente. Les lésions d'artérite portaient non sur les gros troncs, mais sur les fines divisions de l'artère pulmonaire.

P. et R. P. pensent que l'artério-sclérose pulmonaire évolue en trois phases : une phase d'affection chronique du poumon, une phase de cyanose hors de proportion avec la dyspnée, accompagnée de polyglobulie, d'élargissement du cœur droit sans lésion valvulaire et une phase terminale avec cyanose extrêmement marquée (cardiaque noir), avec anasarque, congestion des poumons, hémoptysies, somnolence et parfois angine de poitrine.

André Plichet.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

W. Bauer, A. Marble, S.-J. Maddock et **J.-C. Wood.** ***Effet de l'ergostérol irradié sur la composition du suc gastrique et du suc pancréatique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXI, n° 3, Mars 1931). — En étudiant l'effet de l'ergostérol irradié sur le métabolisme du calcium et du phosphore, les auteurs ont observé une rétention plus marquée de ces substances qu'ils ont attribuée à une absorption plus grande de la part du tube digestif, due peut-être à des modifications des sécrétions gastriques et pancréatiques. Aussi ont-ils été amenés à étudier de plus près la composition du suc gastrique et du suc pancréatique avant et après l'administration d'ergostérol irradié, d'autant plus qu'ils avaient noté chez un malade soumis à cette thérapeutique de la diarrhée graisseuse telle qu'on en voit dans les affections du pancréas.

Ils ont constaté tout d'abord que l'administration d'ergostérol irradié détermine chez les sujets normaux une diminution de l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique dans presque tous les cas. Chez un des sujets on trouva en outre une diminution de l'activité des ferments pancréatiques.

Chez des chiens ayant un drainage du canal pancréatique de Santorini ils ont déterminé la composition en bases et en acides de la sécrétion en dosant de façon répétée, d'une part, les constituants acides, chlorures et acide carbonique, d'autre part, les bases fixes. Ils ont vu que l'administration d'ergostérol irradié n'a pas d'influence sur les bases fixes du suc pancréatique. Par contre, elle abaisse l'ion chlorure et relève le taux de l'ion carbonate, si bien qu'en définitive la sécrétion devient plus alcaline. La diminution de l'acide chlorhydrique libre et l'accroissement de l'alcalinité du suc pancréatique ont pour conséquence une diminution de l'acidité du tube digestif qui tendent à empêcher l'absorption du calcium. Ce n'est donc pas de cette façon que s'exerce l'action de l'ergostérol irradié sur le métabolisme du calcium.

H.-A. Harris. ***L'huile de foie de morue et les vitamines dans leurs rapports avec le développement des os et le rachitisme*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXI, n° 4, Avril 1931). — Frappé des variations de la doctrine des vitamines, en particulier en ce qui concerne la vitamine A, considérée d'abord comme stimulant la croissance et actuellement comme protégeant l'organisme contre l'infection, H. retrace l'historique de l'emploi de l'huile de foie de morue, merveilleux héritage du passé et exemple remarquable de la façon dont le bon sens empirique a triomphé des alternatives de scepticisme et de spéculations hasardeuses des savants.

Aliment employé de temps immémorial pour remplacer le lait et le beurre en hiver dans les populations de pêcheurs, ses propriétés antirachitiques étaient connues parmi elles bien avant son introduction en thérapeutique qui ne se fit pas sans résistance de la part des médecins.

H. met ensuite en relief les contradictions flagrantes qui fourmillent dans la question des vitamines. Il signale en particulier les erreurs du Codex américain quant au titrage de la vitamine A, les affirmations fantaisistes et intéressées des laboratoires commerciaux, les dangers d'une posologie excessive de la vitamine D et des rayons ultraviolets, les résultats fallacieux des réactions colorées dans l'évaluation de la puissance des vitamines.

H. montre combien nos connaissances sur le chimisme des os sont encore fragmentaires et combien l'amas de documents souvent discordants crée une confusion indescriptible. En fait, on

ignore encore la composition chimique exacte du phosphate de chaux contenu dans l'os vivant. Toutes ces questions sont rendues encore plus complexes du fait que chaque espèce animale a sa biochimie osseuse propre qui rend compte de certaines constatations importantes à connaître quand on s'occupe de vitamines et de rachitisme. Ainsi la demande en calcium se produit pendant la lactation chez le rat femelle, tandis qu'elle a lieu durant la gestation chez le cobaye, le jeune rat naissant avec un squelette cartilagineux, le jeune cobaye avec un squelette déjà très ossifié. Ces notions permettent d'élucider bien des discordances apparentes dans le problème du métabolisme du Ca chez la mère pendant la gestation et l'allaitement.

H. envisage ensuite le rôle respectif des vitamines dans la formation des os. La vitamine B contrôle la croissance du cartilage. Le rôle de la vitamine D se borne, au stade de calcification du cartilage, à contrôler la calcification qui n'est qu'un processus de sénescence. Au stade de formation de l'os vrai, la vitamine A régit la différenciation des ostéoblastes. Est-elle déficiente, cette différenciation est restreinte et il se forme du tissu ostéoïde, et non de l'os vrai. Le déficit en vitamine A est-il encore plus marqué, il ne se produit que des fibroblastes, et non des ostéoblastes. Le rôle de la vitamine A est de contrôler la différenciation des tissus en vue de leur fonction définitive, qu'il s'agisse d'os ou d'autres tissus. Il est inexact de dire avec Mellanby qu'elle met en route le développement.

Le rachitisme trouble les trois stades de l'ostéogenèse : la prolifération du cartilage est excessive, la calcification est défectueuse et la différenciation de l'os vrai est imparfaite. Sa guérison réclame le retour d'un bon équilibre entre les trois processus et un apport bien balancé des trois vitamines, aucune à elle seule ne pouvant amener la guérison en l'absence des autres. D'où la supériorité évidente de l'huile de foie de morue, extrêmement riche en vitamines A et D, sur tous les succédanés du commerce, supériorité qu'établissent les radiographies instructives de H.

H. montre que l'aptitude à concentrer les vitamines est en rapport avec la fécondité des géniteurs ; la morue qui pond plus de 10 millions d'œufs a acquis le pouvoir de concentrer dans son foie assez de vitamine A pour assurer la différenciation des tissus durant les premiers stades du développement de cette multitude d'œufs.

H. insiste enfin sur la topographie exacte de la « ligne d'épreuve de la guérison du rachitisme », ligne de calcification qui se montre à la face épiphysaire de la métaphyse cartilagineuse normale. C'est la seule preuve de l'effet curatif de la vitamine calcifiante D, mais ce test ne renseigne pas sur l'ostéogenèse véritable qui dépend de la vitamine A : il prouve le dépôt de calcaire dans le cartilage, mais non la différenciation de l'os véritable. Cette ligne ne doit pas être confondue avec les lignes d'arrêt de croissance qui se produisent au cours de maladies aiguës ou du jeûne. Faute d'avoir tenu compte de ces notions, des travaux récents ont attribué une valeur antirachitique à différents aliments (margarine, chocolats au lait) qui en sont tout à fait dépourvus.

C.-W. Baldridge et **R.-J. Needles.** ***La neutropénie essentielle*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXI, n° 4, Avril 1931). — B. et N. critiquent la dénomination d'angine agranulocytaire qui est ambiguë et met au premier plan un symptôme inconstant et dépourvu de spécificité. Elle semble impliquer que l'on a affaire à une infection buccale qui provoque une diminution des polynucléaires granuleux alors qu'il s'agit d'un syndrome dont la pathogénie est entièrement inconnue. Aussi proposent-ils le nom de neutropénie essentielle.

B. et N. montrent que la stomatite est en réalité sous la dépendance de la neutropénie. C'est une manifestation secondaire, si commune dans les dyscrasies sanguines les plus diverses qui peuvent s'accompagner de neutropénie (intoxications par l'arsénobenzène, par le trinitrotoluène, par le benzène, leucémie aiguë, mononucléose infectieuse, anémie aplastique) qu'elle n'a probablement pas de signification étiologique. Si la neutropénie s'associe souvent à des lésions buccales, c'est sans doute que la cavité bucco-pharyngée recèle constamment des microorganismes virulents et qu'elle est exposée à de fréquentes injures.

Ils rapportent 4 cas de neutropénie essentielle. Le premier, très typique, observé il y a 20 ans et étiqueté alors épuisement de la moelle osseuse. Le second, qui guérit, montre une neutropénie existant déjà un an avant l'épisode aigu et lui survivant plusieurs mois. La stomatite demeura légère et n'apparut qu'au bout de deux jours. Le troisième cas, bien difficile à interpréter, est remarquable par sa chronicité (9 ans) et ses rechutes caractérisées par des poussées fébriles avec ulcérations buccales accompagnant des localisations infectieuses très variées semblant consécutives à une insuffisance leucopoïétique chronique. L'ablation de la rate qui pesait 480 gr. ne procura aucune amélioration. La moelle osseuse, à l'inverse de ce qui se voit dans les cas aigus, se montra en état d'hyperplasie avec des cellules myéloïdes jeunes nombreuses 35 jours après la splénectomie. Le quatrième cas se distingue par une anémie très marquée et des hémorragies ; il rappelait l'intoxication par le benzène ou l'anémie aplastique. Cette dernière affection et la leucémie aleucémique offrent avec la neutropénie essentielle des similitudes sur lesquelles insistent B. et N.

Tous ces cas démontrent que la neutropénie est primitive et que l'infection est secondaire. Les hémocultures n'ont été positives que dans les jours précédant la mort et n'ont décelé que des germes banaux et variés.

La pathogénie de la neutropénie essentielle reste obscure. On pourrait invoquer une insuffisance congénitale de la leucopoïèse, mais certains arguments s'y opposent (manifestation de la neutropénie à un âge avancé, allure cyclique de l'affection, etc., etc.).

Etant donné que la nécrose des tissus est un symptôme constamment associé à la neutropénie essentielle, B. et N. discutent enfin les rapports possibles de cette dernière avec l'anaphylaxie (phénomène d'Arthus) et avec la réaction de Shwartzman (réaction locale des tissus après injection sous-cutanée de filtrats bactériens suivie d'injection intraveineuse des mêmes filtrats).

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF SURGERY (Chicago).

C.-B. Huggins (Chicago). ***Formation de l'os sous l'influence de l'épithélium urinaire*** (*Archives of Surgery*, tome XXII, n° 3, Mars 1931). — H. s'est attaché au difficile problème de l'ostéogenèse. Depuis déjà longtemps les formations hétérotopiques de tissus osseux sont bien connues sans toutefois qu'on ait pu en préciser l'origine. H. s'y est essayé en partant de l'épithélium du système urinaire. On sait en effet que la formation d'os hétérotopiques est assez fréquente soit au niveau du rein, soit au niveau de la vessie ; on peut du reste les reproduire expérimentalement en ces deux endroits (ligature des vaisseaux du rein, greffe aponévrotique intra-vésicale).

Il est impossible de détailler les nombreuses expériences auxquelles H. s'est livré sur le chien. Voici seulement les principales : sur une vessie exclue par implantation des uretères à la paroi abdominale, la greffe d'un fragment de tissu conjonctif sur une brèche de la paroi vésicale entraîne d'une façon constante l'apparition d'une plaque osseuse ; on peut donc en conclure que la présence de l'urine ne conditionne pas cette production. Pour produire de l'os il faut donc la rencontre du tissu conjonctif et de l'épithélium urinaire. Pour le démontrer H. prend un fragment de la muqueuse isolée et le greffe dans la gaine du muscle droit de l'abdomen. L'os se produit à ce niveau d'une façon constante. Si l'on greffe de la même façon le muscle vésical isolé, rien ne se produit : la présence des deux éléments, épithélium urinaire et tissu conjonctif, est indispensable, car la greffe de l'épithélium vésical dans un parenchyme (foie, rate, rein) ou dans une synoviale articulaire ne produit absolument rien, et inversement la greffe en plein tissu conjonctif d'autres muqueuses (estomac, etc...) est de même stérile. Seules sont fertiles les greffes de muqueuse du bassinet, de l'uretère et de la vessie. La pathogénie de cette ostéogenèse doit être poussée plus loin. Lors de la greffe d'une portion de muqueuse vésicale dans le tissu conjonctif on voit apparaître un kyste et une plaque osseuse qui siège elle-même du côté libre de l'épithélium, le kyste occupant le côté opposé. Si dans ce kyste on inclut un fragment de tissu conjonctif on voit apparaître au bout de quelques semaines un petit fragment osseux, véritable corps étranger solide intra-kystique. On peut dire que l'os naît de la rencontre du tissu conjonctif ostéogène et de substances chimiques sécrétées par l'épithélium urinaire.

L'analyse chimique du kyste montre (par rapport au sérum sanguin) une augmentation du calcium et du phosphore inorganiques et de l'acidité.

Telles sont les expériences d'H. Si elles n'apportent pas une lumière définitive sur le mécanisme intime de l'ostéogenèse, toutefois elles fournissent une contribution certaine à la théorie de Leriche et Policard de la non-spécificité du périoste et en outre par la constance des résultats obtenus elles ouvrent la voie à une expérimentation facile dans ce domaine.

F. d'Allaines.

Robert Elman et **A. P. Rowlette** (Saint-Louis). ***Le rôle du contrôle du sphincter pylorique dans l'acidité gastrique*** (*Archives of Surgery*, tome XXII, n° 3, Mars 1931). — Expérimentalement il est possible de supprimer l'action du sphincter pylorique par une incision longitudinale étendue de part et d'autre vers l'estomac et vers le duodénum. On sectionne aisément toute la tunique circulaire du pylore. Sur la muqueuse herniée, on pratique une épiplooplastie de protection. Sur 4 chiens cette expérience a été faite ; ils ont tous guéri et l'autopsie pratiquée à longue échéance a montré la séparation complète des fibres circulaires du pylore et la béance de celui-ci. Sur de tels chiens les auteurs ont cherché les conditions de neutralisation intra-gastrique de l'acide chlorhydrique. Sur ces chiens de poids moyen (8 à 12 kilogr.) convenablement mis à jeun, ils ont introduit dans l'estomac 200 cmc d'une solution à 0,5 pour 100 d'acide chlorhydrique. La neutralisation de l'acide chez un chien normal demande un certain temps, chez le même chien opéré elle se fait constamment plus rapidement. Cette augmentation du pouvoir réducteur a toujours persisté pendant plusieurs mois jusqu'au sacrifice de l'animal. A noter que les incisions analogues faites sur le duodénum ou sur l'antre pylorique ne donnent aucun résultat. Le pylore possède donc un pouvoir de contrôle et de régularisation de la neutralisation acide intra-gastrique. Sa section détermine une augmentation de cette neutralisation par exagération du reflux duodéno-gastrique.

En terminant les auteurs tirent quelques conclusions cliniques de ces données expérimentales et reprennent l'idée thérapeutique appliquée déjà depuis quelque temps de la section du sphincter pylorique dans certains ulcères gastro-duodénaux accompagnés de spasmes du sphincter.

F. d'Allaines.

REVUE DES JOURNAUX

LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS

Maginot. ***Un signe pupillaire neurologique : le myosis spasmodique*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 7e année, n° 5, 15 Mars 1931). — Le myosis spasmodique à la convergence décrit pour la première fois par Strassburger en 1902 consiste en ce fait que dans la convergence une des pupilles se contracte plus énergiquement que celle du côté opposé, et surtout dans la persistance plus ou moins longue du myosis après la cessation du mouvement de convergence. Ce myosis spasmodique peut également apparaître à l'occasion d'une occlusion palpébrale volontaire. Dans les deux cas il est la manifestation d'une syncinésie oculaire. Il peut également apparaître au réveil, et ne constitue alors qu'une persistance anormale du myosis calypnique. L'association au myosis spasmodique d'une contraction tonique, du muscle ciliaire, comme le fait a été observé par divers auteurs, fait penser à M. qu'il est avant tout la conséquence d'un phénomène cérébral d'inhibition.

Le myosis spasmodique est fréquemment associé au signe d'Argyll, et n'est pas exceptionnel chez les hérédo-spécifiques. Sans aller jusqu'au myosis Duverger et Barré avaient signalé l'hypertonie de la convergence chez les tabétiques, opposée à l'atonie musculaire habituelle chez ces malades. Toutefois il semble que la syphilis ne soit pas la cause unique de ce phénomène et qu'on puisse l'observer dans certains états parkinsoniens.

H. Schaeffer.

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

M. Guibé (Caen). ***Les ruptures du rectum par effort*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXVII, n° 5, Mai 1931). — La rupture du rectum par effort est une affection rare dont il y a actuellement 22 observations publiées. L'effort, presque toujours un effort de défécation, ne produit cette rupture qu'à la faveur de lésions antérieures : prolapsus, rectite, diverticule, prolapsus utérin. Quénu en 1882 a rassemblé les 9 premiers cas et donné d'après le sien l'explication suivante du mécanisme de cette rupture : sous l'influence du prolapsus ancien, la paroi rectale est infiltrée, les veines dilatées et altérées ; l'effort peut amener ainsi la rupture des parois veineuses, le sang qui s'épanche entre les tuniques, les dissocie, et, l'effort se poursuivant, l'éclatement de la paroi se produit.

G., en raison du maximum d'intensité des lésions de la face séreuse de la paroi rectale, pense que la rupture commence à son niveau et que son principal agent est la pression exercée par la hernie pré-rectale, l'hédrocèle associée au prolapsus, sur la paroi rectale antérieure, paroi herniaire, qui s'amincit et s'altère progressivement jusqu'à se rompre un jour sous l'effort.

Comme cet effort, avant de déterminer la rupture, a déjà entraîné la saillie du prolapsus, les anses intestinales, passant par la brèche, apparaissent directement au dehors et le cas de Leventauer prouve que les choses peuvent rester ainsi disposées. Mais habituellement, la rupture produite, sous la traction probable du mésentère des anses herniées, le prolapsus se réduit et c'est à travers l'orifice anal que passe le pédicule du volumineux paquet intestinal extériorisé, dont la longueur mesure de 1 à 5 et 6 m. Le doigt introduit par l'anus au devant de la masse herniaire pourra parfois pénétrer dans l'orifice de rupture de la paroi rectale antérieure, mais en réalité cet orifice, long d'une dizaine de centimètres, est trop haut situé pour être atteint.

La terminaison a presque toujours été fatale, en raison du retard apporté à l'intervention du sphacèle rapide, et de l'infection.

Le traitement, lorsqu'il sera prompt, pourra être limité à la désinfection des anses intestinales, à leur réduction après dilatation anale et débridement de l'orifice de rupture par la voie abdominale, qui seule le rend réalisable, ainsi que la réparation de la brèche et le drainage du Douglas.

Mais le plus souvent le degré d'étranglement et d'infection de la masse intestinale herniée rend toute tentative de réduction inutile et G. recommande, l'abdomen ouvert, de sectionner les deux bouts de l'intestin et le mésentère près de l'orifice de rupture, de pratiquer l'entérorraphie circulaire et, après ablation des anses altérées, par traction simple, de reconstituer la paroi rectale.

Voici, résumée, l'observation :

Mme L..., 78 ans, gardienne de phare à Courseulles, entre à l'hôpital de Caen dans la nuit du 21 au 22 Mai 1926. Son interrogatoire difficile permet seulement de dire qu'à la suite d'un accouchement pénible avec déchirure du périnée, datant de 47 ans, elle avait un prolapsus utérin, était atteinte de constipation tenace et, depuis deux mois, de prolapsus rectal spontanément réductible.

Le vendredi 21 Mai, vers 23 heures, la malade fut prise d'un violent besoin d'aller à la selle et fit un violent effort, mais au lieu d'expulser des matières elle ressentit une douleur assez vive et tout un paquet d'anses intestinales fit saillie à l'extérieur. Pas d'hémorragie notable.

A l'examen le lendemain, l'état général est bon, pas de signes d'occlusion. Pouls bon quoique faible. Quand on écarte les cuisses on voit, pendant entre elles et sortant par l'anus, tout un paquet d'anses grêles de coloration noir violacé, dilatées, à surface dépolie. Le toucher rectal ne permet pas de sentir l'orifice de rupture. Pas de signes abdominaux.

Opération immédiate : anesthésie locale, laparotomie médiane, découverte aisée des deux bouts, l'inférieur naissant juste du cæcum. Ecrasement, section, enfouissement des quatre bouts, section et ligature du mésentère. L'intestin prolabé est enlevé par en bas, par un aide. Après résection d'un nouveau segment de 10 cm. du bout supérieur qui paraît violacé, anastomose iléo-colique vers l'angle droit du transverse, avec fixation protectrice antérieure de l'épiploon.

Dans le petit bassin, kyste de l'ovaire gauche, gros comme une pomme, qui est laissé ; sur l'S iliaque, à 10 cm. au-dessus du Douglas, une fente longitudinale sur la bandelette antérieure, qui est suturée. Dans le cul-de-sac, quelques mucosités, mais pas de matières ; Mikulicz, fermeture pariétale partielle. La résection porte sur une longueur de 1 m. 30 d'intestin.

Suites simples au début, quelques gaz le lendemain ; vomissements qui ne se reproduisent pas après un lavage d'estomac. Après l'ablation de la totalité des mèches, au 8e jour, tout le contenu de l'intestin sort par la plaie, puis au 18e jour cet écoulement cesse presque, alors que l'évacuation normale se rétablit. La malade sort au bout de 6 semaines ayant une fistulette stercorale insignifiante, mais elle se cachectisa peu à peu et finit par succomber un mois après son retour.

Suit une seconde observation tchéco-slovaque que G. traduit et publie en raison des difficultés qu'il y aurait à le faire. C'est encore une femme de 77 ans, atteinte de prolapsus rectal, chez qui la masse herniée sortait au dehors par l'anus et comprenait, avec de l'intestin grêle, la branche supérieure de l'anse sigmoïde et la partie voisine du côlon descendant. Réduction en présence de l'impossibilité de la résection ; mort au cinquième jour.

P. Grisel.

Lauwers (Courtrai). ***L'extirpation du corpuscule carotidien dans l'épilepsie*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXVII, n° 5, Mai 1931). — La crise d'épilepsie dans l'état actuel de nos connaissances paraît liée d'une façon importante et presque constante à la production de troubles circulatoires qui se manifestent surtout sous forme de spasmes vasculaires. Si l'élément psychique de la crise, la perte de connaissance, s'explique bien par l'anémie brusque, l'élément convulsif semble nécessiter, par contre, une excitation d'origine congestive et L. donne de la crise l'explication schématique que voici : à l'ictus épileptique correspond une contraction du cerveau avec pâleur ; puis suit une phase de filtration de lymphe à travers les vaisseaux se manifestant par de l'œdème local, c'est la période des convulsions toniques ; vient enfin une phase d'hyperémie pendant laquelle persiste la filtration lymphatique, c'est la période des convulsions cloniques ; après quoi tout rentre dans l'ordre.

L'ablation du ganglion a pour but de déterminer une vaso-dilatation permanente, anti-spasmodique, de l'hémisphère du côté opéré et elle ne donnera de résultats que chez les malades dont les crises sont bien nettement conditionnées par le facteur vasculaire. C'est cliniquement par l'étude de la pression intra-rachidienne, et surtout par l'examen de la rétine, que l'on détermine l'existence de l'angiospasme et le côté où il prédomine ; l'ablation du ganglion devant être faite du côté où la tension rétinienne se trouve être la plus basse.

L'ablation d'après la technique de Braun est ainsi réglée : barrage anesthésique sur la ligne des apophyses transverses, infiltration sous-cutanée, découverte de la bifurcation carotidienne. On enlève le corpuscule en libérant ses deux pôles : le supérieur, nerveux, par l'isolement et la section des rameaux sympathiques du plexus intercarotidien ; l'inférieur, vasculaire, par l'isolement, la ligature et la section des petits vaisseaux venus de la bifurcation carotidienne. On doit laisser en dehors et respecter le nerf sinusal, nerf dépresseur qui, au cours de l'opération, doit être reconnu et identifié par l'excitation faradique.

Cette ablation a été faite à 17 épileptiques ; on trouvera un résumé des 17 observations qui donnent 5 guérisons, 7 améliorations, 5 échecs. Elles montrent l'action vaso-dilatatrice réelle, durable, de l'ablation sur la circulation cérébrale et son influence sur l'élément moteur de la crise épileptique ; l'élément psychique, l'absence, n'étant pas influencé. Elle entraîne des modifications particulières de la pression rachidienne consistant en une augmentation légère de la pression au repos et une diminution importante du bond de tension à l'effort.

P. Grisel.

LYON CHIRURGICAL

S. Nowicki. ***Spasme artèriel traumatique chronique*** (*Lyon Chirurgical*, tome XXVIII, n° 3, Mai-Juin 1931). — D'une durée habituelle de quelques heures à deux ou cinq jours au maximum, le spasme artèriel traumatique peut exceptionnellement, comme dans le cas de Barthélémy et dans celui dont nous allons résumer l'observation, avoir une durée beaucoup plus longue, justifiant le nom de spasme chronique que lui a donné Tuffier.

J. G..., 24 ans, entre le 26 Novembre 1928. Agri-

culteur, sujet émotif, il a été écrasé il y a trois jours par la chute d'un arbre et après une perte de connaissance de trois heures, à son réveil, il a constaté l'incapacité motrice et l'insensibilité de son membre supérieur droit. Tuméfaction et ecchymoses de l'épaule et de la région scapulaire droites, de la région thoracique voisine, sensibilité vive à la pression de la voussure scapulaire et du creux de l'aisselle d'apparence normale. Le dos de la main est tuméfié et livide. Paralysie flasque du membre; anesthésie, sauf dans le territoire de l'axillaire et du brachial cutané interne. Pas de pouls perceptible, ni huméral ni radial. De plus, fracture du fémur. La radiographie montre une fracture du col de l'omoplate, avec déplacement de la glénoïde en bas et en dedans; une fracture de la base de l'acromion; une fracture oblique au tiers supérieur du fémur gauche. Le malade refusant l'intervention, on traite le membre par l'extension abduction rotation interne. Le 2 Décembre l'intensité des douleurs, l'aspect livide et la froideur de la main amènent le malade à accepter l'opération qui, le 3 Décembre, permet de découvrir le paquet vasculo-nerveux, entouré de tissus d'apparence sains, dont la gaine est aussi d'aspect normal, sans infiltration. Les nerfs ne sont pas rompus. Après avoir incisé cette gaine on voit que l'artère humérale, juste au-dessous du tendon pectoral, présente un rétrécissement annulaire sur une étendue de 1 cm. 1/2, stictement limité, régulier, dont la pression permet de faire glisser les deux parois l'une sur l'autre, sans déterminer ensuite aucune réaction. Au-dessus légère dilatation et battements, au-dessous aplatissement de l'artère. La veine est normale et remplie de sang. Ablation du fragment glénoïdien.

Il y eut ensuite suppuration de la plaie opératoire, gangrène superficielle de la main et de l'avant-bras, avec ouverture des articulations carpiennes; mais les plaies se limitèrent, bourgeonnèrent, permettant au malade, atteint de troubles névropathiques graves, d'être transféré dans le service des maladies nerveuses, le 10 Avril 1929. Il est revu le 6 Mai 1930, le bras fixé en abduction à 30°, le coude fléchi, la main aux doigts livides, immobile, cicatricielle, avec des doigts enraidis en flexion. Pas de pouls huméral ni radial. Altérations régressives les plus accentuées dans le domaine du radial, dégénérescence partielle des autres groupes musculaires.

Le 14 Mai 1930, découverte des vaisseaux huméraux. L'artère, au-dessous du tendon pectoral, a repris ses dimensions normales, elle bat, mais sans force. Plus bas, à 3 cm. du tendon, aspect infundibuliforme avec réduction au tiers du calibre, épaississement fibreux de la gaine, dont la dissection sur une longueur de 5 cm. ne modifie pas le rétrécissement artériel, long de 1 cm., persistant malgré l'absence de toute résistance anormale au toucher. Limite supérieure nette avec l'artère contenant du sang, limite inférieure se confondant avec l'artère sous-jacente, aplatie. La sympathectomie reste sans effet. Résection du fragment artériel en constatant qu'il ne vient pas de sang du bout inférieur et que les parois artérielles ont un aspect normal. Amputation du bras. Cicatrisation *per primam.* Laissé dans du sérum artificiel, le segment artériel rétréci reprend son calibre. Le membre amputé, injecté, a un réseau artériel normalement développé, sauf dans la région du poignet.

L'examen histologique indique un état normal au-dessus et au-dessous, un léger épaississement de la tunique interne par des fibres collagènes, au niveau du rétrécissement.

N. commente ensuite l'observation et celles publiées et est amené à croire que dans le spasme artériel traumatique les altérations ne sont pas limitées à l'endroit du rétrécissement dont l'effacement n'entraîne pas le retour de la circulation normale. Il doit y avoir, par action sympathique à distance, travail ralenti des muscles des artères périphériques. La sympathectomie n'a été faite ici que plus de dix-huit mois après l'accident, elle aurait dû être immédiate, et si elle n'avait pas fait cesser le spasme traumatique, elle aurait dû être suivie d'une résection du segment rétracté.

P. Grisel.

LYON MEDICAL

Moncorgé (du Mont-Dore). ***L'hépatalgie des asthmatiques (foie et asthme)*** (*Lyon Médical*, tome CXLVII, n° 17, 26 Avril 1931). — M. pense que dans l'hépatalgie des asthmatiques, « le foie commence, le poumon suit; le trouble hépatique commande l'asthme, il n'est pas secondaire, il est primitif ».

Au cours de la dernière saison thermale, sur 315 asthmatiques, de type « franc », ordinaires, il trouve 188 hépatalgiques, 53 fois hépaltagie vive, 70 fois moyenne et 65 fois légère.

Sur les 127 autres malades non hépatalgiques au cours de l'examen, il trouve dans les antécédents 16 fois une jaunisse antérieure, 16 fois des coliques hépatiques, 13 cas de congestion du foie, 12 vomissements biliaires fréquents, 10 malades atteints de migraines, d'eczéma, urticaire ou hémoroïdes, 12 fois, l'hépatalgie a été signalée chez eux antérieurement. Ces 79 malades rentrent de par leur histoire clinique dans le cadre des hépatiques patents.

Les 48 malades qui n'ont présenté ni hépatalgie, ni signes cliniques antérieurs d'affections du foie font-ils exception à la règle ? M. pense qu'il s'agit d'hépatiques latents qui peuvent « s'affirmer » ultérieurement. Il est probable qu'on trouverait chez eux des insuffisances hépatiques discrètes.

Ces faits ont une conclusion pratique : l'abandon des iodures, de l'arsenic et de la belladone, l'instauration d'un régime plus ou moins sévère, la prescription de purgatifs ou laxatifs cholagogues divers et de cures hydrominérales bicarbonatées sodiques.

Robert Clément.

REVUE MEDICALE DE L'EST (Nancy)

Hamant, Bodart et **Chalnot.** ***Les fistules biliaires, leur exploration radiologique*** (*Revue médicale de l'Est*, tome LIX, n° 2). — Depuis que Carnot et Blamoutier, en 1922, firent, à la bouillie barytée, la première exploration radiographique d'une fistule biliaire, on a publié relativement peu d'observations. Les auteurs en apportent trois nouvelles, avec emploi du lipiodol, utilisé pour la première fois par Cotte en 1925. Ils les font suivre d'une étude d'ensemble de l'exploration lipiodolée des différentes variétés de la fistule biliaire.

Après cholécystostomie simple, parfois faite comme « anus biliaire » d'urgence, elle indiquera le siège des calculs. Si l'abouchement a été celui d'une vésicule de stase, sans calcul perceptible, elle montrera celui qui existe dans la portion rétropancréatique ou bien l'existence d'un état anormal, encore à l'étude, du transit biliaire.

Dans le cas d'obstruction par néoplasme ou pancréatite, faite en série, encore mieux que l'oblitération temporaire de Gosset, elle établira soit l'oblitération définitive, soit le retour progressif de la perméabilité par régression de la pancréatite, sous l'influence heureuse de la fistule (Cotte).

L'observation III répond à ce dernier cas. Une cholécystostomie est faite à une jeune femme pour syndrome douloureux avec grosse vésicule, non amélioré par la rupture d'adhérences au cours d'une première intervention qui avait montré l'absence de calculs. Une injection lipiodolée de la fistule ayant ensuite prouvé le retour de la perméabilité, la fistule fut fermée et la malade guérit.

Après cholécystectomie sans drainage. Si la fistule est muqueuse, l'exploration montrera soit un calcul, soit un renflement répondant au moignon cystique ou vésiculaire, témoins d'une section faite trop loin de l'abouchement dans la voie principale. Si la fistule est biliaire, en cas de pincement latéral du cholédoque par la ligature, elle indiquera ce qui reste de perméabilité et par suite s'il faut drainer ou faire une intervention complexe; en cas de fistulisation tardive après ablation d'une vésicule contenant des calculs, elle montrera le siège de l'obstruction calculeuse. L'observation I appartient à ce type de fistule biliaire. Une femme de 34 ans, ayant une fistule trois semaines après ablation d'une grosse vésicule calculeuse; malgré la disparition de l'ictère, l'injection lipiodolée montre un arrêt au tiers inférieur; une seconde radiographie établit, trois jours après, que rien n'a passé dans le duodénum, et sur ces indications le cholédoque est ouvert, débarrassé de la boue biliaire qui l'obstrue et la malade guérit.

Après cholécystectomie avec drainage de la voie principale. L'injection montrera si l'obstacle donne une image calculeuse caractéristique ou s'il y a une coulée filiforme indiquant un rétrécissement inflammatoire intrinsèque ou extrinsèque du canal. Cotte a conseillé l'exploration lipiodolée avant l'ablation du drain, pour s'assurer de la perméabilité profonde.

L'observation II répond à cette troisième variété de fistule biliaire. Après cholécystostomie et cholédocotomie avec drainage, pour un gros calcul du col vésiculaire et des calculs du cholédoque, une fistule persistant, l'injection permet de voir le lipiodol arrêté et venant se mouler sur la saillie de 3 petits calculs juxtaposés qui sont enlevés à la pince par la fistule. Guérison.

P. Grisel.

ARCHIVES DE MEDECINE DES ENFANTS (Paris)

L. Morquio (Montevideo). ***La méningo-encéphalite après rougeole*** (*Archives de Médecine des Enfants*, tome XXXIV, n° 5, Mai 1931). — M. publie 8 observations personnelles de méningo-encéphalites consécutives à la rougeole. Les formes qu'il a observées sont les suivantes:

Obs. I. — Myélite aiguë diffuse;
Obs. II. — Encéphalite aiguë généralisée;
Obs. III. — Encéphalite circonscrite avec syndrome hémiplégique;
Obs. IV. — Encéphalite aiguë généralisée;
Obs. V. — Forme bulbo-protubérantielle.
Obs. VI. — Syndrome méningé, radiculaire et polynévritique ;
Obs. VII. — Encéphalite aiguë diffuse;
Obs. VIII. — Forme méningée simulant une méningite tuberculeuse.

Cette énumération montre la variabilité des complications nerveuses de la rougeole qui peuvent atteindre les différents segments de l'axe cérébro-spinal en partie ou en totalité, mais l'encéphalite est la modalité qu'on rencontre le plus fréquemment.

Ces complications se manifestent habituellement à la fin de la période éruptive et d'une façon brusque en provoquant de la fièvre, de la céphalalgie, des vomissements et surtout des convulsions généralisées ou localisées.

Au point de vue de l'âge l'enfant le plus petit avait 2 ans 1/2, le plus âgé 13 ans. Un seul cas se termina par la mort. Tous les autres guérirent et la persistance des séquelles motrices et mentales ne fut notée que chez 2 enfants.

Le diagnostic se pose surtout avec l'*otite aiguë*, si fréquente dans la rougeole et susceptible de donner naissance à une méningo-encéphalite. L'otite suppurée d'autres fois n'est qu'une coïncidence.

Il faut aussi songer à la possibilité d'une *méningite tuberculeuse.* Durant une période de deux

mois, M. a observé 15 cas de méningite tuberculeuse consécutive à la rougeole. On peut incriminer parfois la *maladie de Heine-Medin* et en période d'épidémie de poliomyélite il peut être difficile de dire s'il s'agit d'une association infectieuse ou de la localisation sur l'axe cérébro-spinal d'un virus neurotrope spécifique propre à la rougeole. M. tend plutôt à admettre cette dernière hypothèse.

G. Schreiber.

L'ODONTOLOGIE
(Paris)

Bonnet-Roy. *Tumeur considérable de la parotide* (*L'Odontologie*, tome LII, n° 5, Mai 1931). — Les tumeurs mixtes de la parotide peuvent prendre un développement considérable, sans perdre leur caractère de bénignité. B.-R. rapporte le cas d'une tumeur mixte, évoluant depuis 32 ans, pesant 1.100 grammes, mesurant 27 × 32 cm. et dont le pourtour d'implantation était de 43 cm. La peau, amincie par plans, était striée de varicosités et adhérente à la tumeur, qui était bosselée par endroits et ramollie par d'autres. Histologiquement, il y avait prédominance épithéliale, formation myxoïde et ébauche cartilagineuse.

C. Ruppe.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Chompret et Dechaume. *Actinomycose primitive de la glande sous-maxillaire traitée par la radiothérapie* (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIII, n° 4, Avril 1931). — Les observations d'actinomycose de la glande sous-maxillaire sont rares. Guttmann, en 1913, en réunissait 12. Dans les années suivantes, Soderlund en signalait 4 nouveaux cas.

C. et D. nous décrivent l'histoire d'une femme de 25 ans qui fit une tuméfaction à allure aiguë de la sous-maxillaire. L'incision par le plancher de la bouche ramena du pus dont l'analyse montra avec surprise « des filaments mycéliens en amas ». Pas d'amélioration après cette incision et malgré le traitement ioduré, aggravation des signes fonctionnels et des lésions. Le professeur Gougerot conseilla la radiothérapie qui apporta progressivement la guérison complète en 2 mois.

A propos du traitement radiothérapique de l'actinomycose cervico-faciale, C. et D. attirent l'attention sur la réactivation des lésions qui se produit parfois à la limite de la zone irradiée, et ils se demandent si à la différence des microbes qui ne sont pas influencés par les rayons X, les actinomyces ne sont exaltés par les radiations à petites doses et détruits à doses plus fortes.

C. Ruppe.

Landais. *Polymorphisme des manifestations buccales de la leucémie aiguë* (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIII, n° 4, Avril 1931). — L. rapporte la très intéressante observation d'un homme de 24 ans, atteint au début d'une lésion vestibulo-jugale, de la région molaire supérieure droite, faisant croire à un abcès dentaire banal. Mais une ulcération se produisit bientôt, avec écoulement d'une sérosité louche et fétide, non sanguinolente. L'avulsion des dents suspectes n'apporta aucune amélioration, mais ne provoqua pas d'hémorragie. 5 jours après, recrudescence des symptômes jugaux, avec aspect de noma et apparition de purpura, d'un hématome fessier et d'un syndrome d'anémie aiguë. Le tableau clinique paraissait donc être celui d'une agranulocytose, mais l'examen de sang pratiqué montra qu'il s'agissait d'une leucémie aiguë.

A la lumière de cette observation et reprenant les travaux antérieurs, L. étudie les manifestations buccales de la leucémie aiguë qui précèdent souvent les autres symptômes et insiste sur leur polymorphisme.

Les deux sièges les plus fréquents sont la région gingivale et l'amygdale, exceptionnellement la joue.

La gingivo-stomatite est le plus souvent hypertrophique et ecchymotique, à allure scorbutique, mais elle peut aussi revêtir secondairement *une allure nécrotique*. Les escarres provoquées sont alors le plus souvent entourées par une muqueuse décolorée. Les hémorragies sont fréquentes, mais non de règle. Des pétéchies ont été signalées.

L'angine revêt également deux types : hypertrophique et ecchymotique ou nécrotique, ce dernier type simulant une diphtérie maligne ou une angine de Vincent.

Enfin, beaucoup plus rarement les lésions sont d'abord jugales et rappellent en tout point le noma.

C. Ruppe.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

C. Monckeberg B. (Santiago, Chili). ***L'infection tuberculeuse congénitale*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XII, n° 4, Avril 1931). — L'hérédité de l'infection tuberculeuse est un fait incontestable ; elle constitue un seul processus pouvant se réaliser de trois manières : par le passage transplacentaire d'un virus filtrable ; par bacillose congénitale sans lésions ; par tuberculose congénitale, bacillaire et anatomique. Ceci ne signifie d'ailleurs nullement l'existence de trois formes différentes de l'hérédo-infection, mais de trois degrés successifs dans l'évolution d'un seul processus pathologique.

L'état de virulémie (en granulémie) est, de beaucoup, le plus fréquent, mais il n'exclut pas l'existence des deux autres formes. Il est possible d'observer la bacillose congénitale associée à la virulémie. Celle-ci peut se transformer spontanément en bacillose et en tuberculose anatomique pendant la vie extrautérine, sous l'influence de facteurs que l'on ne peut pas encore préciser. L'état de virulémie ou granulémie équivaudrait à une période d'incubation précédant celle des lésions spécifiques. Pendant cette période qu'on peut, avec Calmette, qualifier de *prébacillaire*, il peut se produire parfois des accidents graves, voire même la mort de l'enfant. Mais il est également des cas où l'infection, due aux éléments filtrables, ne se manifeste par aucun symptôme, reste latente et localisée dans le système lymphatique. On ne peut rien dire quant à la durée de cette période pré-bacillaire.

La fréquence de l'état de virulémie chez le nouveau-né, plus grande que celle des autres états, pourrait s'expliquer parce que c'est sous la forme ultramicroscopique que le germe peut traverser le plus facilement le filtre placentaire. Les cas de bacillose et de tuberculose anatomique se produiraient lorsqu'il y aurait des lésions dans le placenta permettant le mélange des deux sangs.

On peut supposer aussi que le facteur déterminant l'état morphologique du germe au moment de la naissance est l'*âge de l'infection*, c'est-à-dire le temps qu'elle a mis à se développer dans l'organisme fœtal.

Reste à résoudre le grand problème concernant les facteurs qui agissent dans la transformation de la virulémie ou de la bacillémie latente en tuberculose anatomo-clinique : malades intercurrentes ? puberté ? terrain ?

L. Rivet.

J. Morin et R. Rautureau (Leysin). ***Résultats et indications de la phrénicectomie dans la tuberculose pulmonaire suivant l'état anatomique de la plèvre*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XII, n° 5, Mai 1931). — Cette étude, basée sur 64 cas, amène les auteurs aux conclusions suivantes :

En cas de symphyse pleurale totale, la meilleure indication de la phrénicectomie, faite sur des lésions cavitaires tuberculeuses, sera réalisée lorsque celles-ci seront afébriles, relativement récentes, pas trop étendues, et quand il subsistera du parenchyme sain en dehors d'elles, surtout dans leur voisinage. Si elles sont anciennes, importantes, atteignant la corticalité du poumon et accompagnées de signes de rétraction fortement marqués, il convient, pour des lésions siégeant au sommet, à la condition que par ailleurs l'état du malade le permette, de recourir d'emblée à la thoracoplastie et de la faire partielle afin de conserver la base saine. Si elles ne sont pas localisées au sommet, il y aura lieu de pratiquer la phrénicectomie, mais de ne pas attendre beaucoup plus de six mois, en cas d'échec complet, pour faire des résections costales.

Lorsqu'un pneumothorax, entretenu pendant plusieurs mois, reste inefficace en raison de brides ou d'adhérences limitées des parties malades à la paroi thoracique, que la méthode de Jacobaeus ne permet pas de sectionner, il est indiqué de le remplacer par une phrénicectomie dont on est en droit d'espérer un bon résultat. Au cas où le moignon pulmonaire possède des adhérences larges et intimes avec la paroi dans un endroit qui est le siège de lésions étendues atteignant la corticalité, la phrénicectomie sera probablement inefficace. Elle peut cependant être faite avant une thoracoplastie qu'il faudra prévoir.

Les résultats obtenus avec la phrénico-exérèse dans les cas où elle a remplacé un pneumothorax inefficace du fait d'adhérences ou de brides mettent en évidence l'importance du facteur pleural dans son mécanisme d'action et le fait qu'une liberté complète des feuillets pleuraux fournit une des meilleures conditions de cette action, les autres étant la récence et la limitation des lésions. Ce sont également les conditions optima de la collapsothérapie gazeuse. Dans des cas où elles étaient réalisées, M. et R. ont fait la phrénicectomie, seul moyen d'établir une comparaison entre les deux méthodes. Autant que permettent d'en juger des observations en nombre restreint et de courte durée, leurs effets sont comparables, si ce n'est pour les poussées évolutives et les lésions étendues qui paraissent mieux influencées par le pneumothorax. Comme l'application de la méthode de Forlanini comporte des inconvénients nombreux dont beaucoup sont très graves tandis que la réalisation de la phrénicectomie n'en a pour ainsi dire aucun, il conviendra, si un jour une expérience plus étendue et plus ancienne vient transformer en certitude l'opinion des auteurs sur la valeur de l'opération de Félix, d'en étendre les indications aux dépens du pneumothorax.

L. Rivet.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

De Harven. *Intérêt pratique de la biopsie dans la splénomégalie* (*Le Scalpel*, tome LXXXIV, n° 16, 18 Avril 1931). — Les variétés de splénomégalie de l'adulte sont très nombreuses, mais le problème des diagnostics peut présenter des aspects très divers.

Dans un assez grand nombre de cas, l'étude du sang permet rapidement d'arriver à une conclusion ferme. Mais à côté de ces cas, il en est d'autres où les recherches hématologiques pas plus que l'examen clinique n'apportent de renseignements suffisants. C'est alors que la biopsie peut être utile. Dans 2 cas, H. a pratiqué une biopsie de la rate après laparotomie et anesthésie locale. Cette

opération, qui n'offre pas grand risque, permet de préciser le diagnostic. Dans le premier cas, elle a permis de poser celui de leucémie aleucémique du type lymphoïde; dans le deuxième, celui de sarcome de la rate.

La biopsie, par simple ponction de l'organe à l'aide d'une aiguille de fort calibre, ne permet pas d'avoir une idée de la structure du tissu splénique; l'étalement de la gouttelette de pulpe splénique retirée ne montre que des cellules isolées et ce procédé expose aux hémorragies de la rate, d'autant plus friable qu'elle est souvent très congestionnée. La biopsie par boutonnière et anesthésie locale permet de voir l'aspect de l'organe et, s'il y a une hémorragie, on peut la combattre efficacement notamment en maintenant sur la brèche splénique un petit lambeau musculaire par des points profonds.

Robert Clément.

MINERVA MEDICA
(Turin)

G. Oselladore. *Recherches sur le moyen le moins dangereux de réaliser l'artériographie* (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 38, 22 Septembre 1930). — En raison de l'importance pratique qu'est appelée à prendre probablement l'artériographie à l'aide de l'injection de substances opaques aux rayons X, O. a voulu comparer les risques de deux préparations répondant aux exigences de la méthode. Il a choisi d'une part un des sels alcalins préconisés par les auteurs de celle-ci, l'iodure de sodium, et, d'autre part, l'urosélectan. Selon lui, l'urosélectan en solution à 40 pour 100 ne détermine jamais d'altération appréciable au niveau des parois vasculaires et des tissus irrigués par le vaisseau qu'on injecte. Il n'en est pas de même avec l'iodure de sodium en solution à 25 pour 100 qui se révèle nocif quand les conditions circulatoires du territoire soumis à l'injection se trouvent compromises. D'autres raisons lui font préférer actuellement l'urosélectan aux autres corps utilisables pour l'artériographie.

F. Coste.

E. Greppi. *Rapports entre le volume splénique et la masse sanguine dans la réaction à l'adrénaline* (*Minerva Medica*, tome XXI, n° 43, 27 Octobre 1930). — La sédimentation de la masse sanguine totale pendant l'épreuve à l'adrénaline montre que l'effet de la splénocontraction et de l'expression vers les vaisseaux du contenu mobilisable de l'organe aboutit à enrichir le sang circulant d'un apport constitué pour 80 à 90 pour 100 par des globules. Ce mode de réaction apparaît dans toute sa pureté en cas de splénomégalie chronique de type congestif due à une perturbation de la circulation veineuse extra et intrasplénique (syndrome de la splénomégalie thrombophlébitique primitive ou secondaire). Dans les autres tumeurs spléniques fortement contractiles, on note une augmentation importante de la masse totale du sang (jusqu'à 2 litres) mais sans hyperglobulie notable.

Dans les splénomégalies hémolytiques, l'augmentation de la masse sanguine peut être importante, mais sans participation prédominante de la fraction globulaire : le sang jeté de la circulation — non seulement par la rate mais par l'ensemble du système hémopoïétique — ne semble à aucun moment chargé d'une quantité anormale d'hématies mobilisables par la contraction splénique.

L'importance de la masse sanguine après l'injection d'adrénaline est très variable en valeur absolue, et quant aux proportions relatives des fractions plasmodique et globulaire : les numérations faites sur le sang capillaire sont impuissantes à renseigner sur l'importance et le type de la réaction hématologique, réaction qui dépend de l'équilibre circulatoire général, et de l'état des circulations viscérales (foie et rate surtout).

F. Coste.

RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIATRIA E MEDICINA LEGALE DELLE ALIENAZIONI MENTALE

Cesare Poli. *pH et réserve alcaline dans les maladies mentales* (*Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale delle Alienazioni mentale*, tome LV, anno IX, fasc. I). — Les recherches de l'auteur ont constamment fait observer dans les maladies mentales des modifications de l'équilibre acido-basique et de l'élimination des ions H, modifications qui semblaient toujours liées aux conditions disthimiques indépendamment de l'état idéatif. Les résultats obtenus en particulier dans le délire infectieux aigu ont des caractères propres. C'est ainsi qu'on observe :

1° Une diminution du pH sanguin constante et intense dans les états d'excitation et dans le délire aigu. Le pH sanguin est normal ou à peine abaissé dans les états dépressifs.

2° Une élimination intense des ions H dans les états d'excitation (abaissement du pH urinaire) ; et une élimination débile ou très faible dans les états de dépression.

3° La réserve alcaline est fortement abaissée dans les états d'excitation, alors qu'elle reste sensiblement normale dans les états de dépression. Dans les cas de délire aigu, s'il y a au début une forte diminution de la réserve alcaline, elle redevient sensiblement normale très rapidement, hormis dans les cas qui doivent se terminer par la mort.

H. Schaeffer.

Carlo Ceni. *Le développement de l'instinct maternel chez le mâle et la femelle consécutivement à un traitement opothérapique antisexuel* (*Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale delle Alienazioni mentale*, tome LV, anno IX, fasc. I). — L'instinct maternel ne saurait être considéré comme une manifestation sexuelle de la femelle, puisqu'il n'existe aucun rapport direct entre l'ovaire et les concepts mentaux. La résistance de cet instinct à la castration pendant la maternité montre que l'ovaire ne peut être la source de cet instinct.

Cet instinct n'est d'ailleurs pas propre au sexe féminin et peut exister chez le mâle; et il existe une véritable équivalence organique préformée dans les deux sexes pour toutes les réactions psychiques maternelles. Cette équivalence a une base organique et est subordonnée à un groupement glandulaire thyro-surréno-hypophysaire opposé à celui des glandes sexuelles.

Ainsi donc, chez la femelle comme chez le mâle, l'instinct sexuel, comme l'instinct maternel, dépendent non seulement de stimulants externes, mais aussi de sécrétions glandulaires dont la prévalence fait prédominer l'un ou l'autre de ces instincts.

Des recherches expérimentales de C. il résulte que :

1° L'extrait sec pluriglandulaire de thyroïde, parathyroïde, surrénale, hypophyse, administré longtemps au dindon mâle et femelle, provoque des phénomènes divers et opposés suivant la dose donnée.

2° La dose physiologique minimale stimule le rétablissement général en faveur de la fonction sexuelle et inhibe l'instinct maternel.

3° La dose physiologique maximale inhibe la fonction sexuelle et favorise le développement de l'instinct maternel. L'instinct sexuel dans ce cas peut toutefois subsister parallèlement à l'instinct maternel, surtout chez le mâle, mais sur un plan inférieur.

4° Les doses toxiques de ces extraits pluriglandulaires provoquent des troubles très analogues à ceux des thyréo-toxicoses et freinent le développement des instincts tant sexuels que maternels.

H. Schaeffer.

Paolo Ottonello. *L'épreuve de Queckenstedt et sa valeur* (*Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale delle Alienazioni mentale*, tome LV, anno IX, fasc. 1). — De multiples épreuves ont été mises en œuvre pour montrer l'absence d'obstacle au niveau des espaces sous-arachnoïdiens spinaux.

Dandy le premier essaya l'injection d'air dans les espaces sous-arachnoïdiens lombaires. Sicard tenta avec succès celle d'huile iodée. Queckenstedt, en 1916, montra que l'épreuve de la compression des jugulaires est de grande valeur pour rechercher l'existence d'un obstacle à la circulation du liquide céphalo-rachidien. Cette épreuve fut ultérieurement perfectionnée par Stookey.

Inversement, certains auteurs pensèrent que la compression de la jugulaire interne, pratiquée d'un seul côté, au cas où les espaces sous-arachnoïdiens étaient libres, pouvait donner des renseignements intéressants sur l'état de la circulation dans cette veine et le sinus latéral correspondant.

Tobey et Ayer en 1925 tentèrent ainsi de préciser l'existence d'une thrombose du sinus latéral et son côté.

Lurye dans 5 cas de tumeurs cérébrales parmi lesquelles la compression jugulaire unilatérale était négative dans 2 cas, montra que ce fait était dû à une compression de la jugulaire interne par une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux de ce côté.

D'après son expérience personnelle O. pense que l'épreuve de Queckenstedt, même faite en position assise, ce qui est préférable, n'a pas toute la valeur qu'on lui attribue actuellement. Les faits contradictoires signalés s'expliquent par toutes les modifications de pression intrathoracique et intraabdominale qui se produisent à l'insu de l'observateur : réflexes de déglutition, phases d'apnée, respirations profondes ou irrégulières, mouvements du tube digestif, etc.

Il faut tenir compte enfin d'un facteur anatomique, le calibre variable des jugulaires.

L'épreuve de Queckenstedt bilatérale à elle seule ne pourrait donc permettre d'après O. de conclure à l'existence d'un blocage sous-arachnoïdien.

Quant aux résultats obtenus par la compression unilatérale des jugulaires, de telles causes d'erreurs existent, que l'on ne doit tenir compte des résultats obtenus qu'avec une extrême prudence.

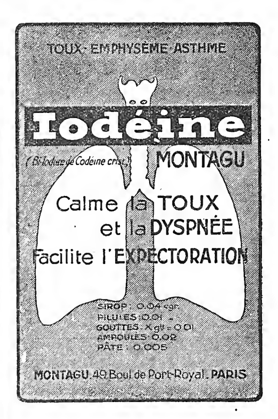
H. Schaeffer.

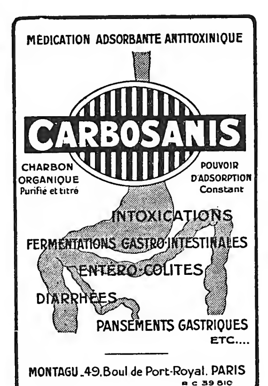
KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Munich et Vienne)

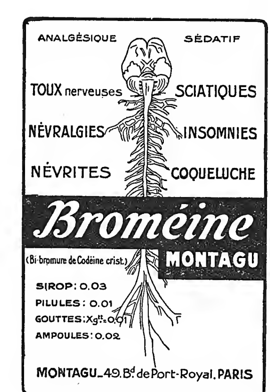
Andreas Kubanyi. *Nouvelles recherches sur les relations qui existent entre l'hérédité de l'hémophilie et les groupes sanguins* (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 13, 28 Mars 1931. — K., qui a déjà consacré de nombreuses recherches au rapport qui existe entre les groupes sanguins et l'hémophilie, a étudié, à ce point de vue, une série de familles hongroises.

Il fait remarquer d'abord que, d'après la loi de Nasse (1820), les filles de pères hémophiles transmettent la maladie à leurs fils. D'après la loi de Lossen (1877), les filles de mères appartenant à des familles d'hémophiles transmettent la maladie à leurs fils. Ces deux lois sont fondées, l'une et l'autre, sur l'observation de certaines familles. Ainsi la solution du problème ne pourra être trouvée qu'en multipliant les observations. En outre, il existe des exceptions à ces lois qui sont dues à l'existence d'hémophilie sporadique qui forme un troisième groupe d'hérédité à côté de ceux de Nasse et de Lossen. Ces cas sporadiques doivent être rattachés aux mutations de de Vriès. Les corrélations qui existent entre le groupe sanguin et l'hémophilie ont d'abord été étudiées sur la famille Mampel de Heidelberg. Dans cette famille tous les hémophiles vivants appartiennent au groupe O (IV).

Dans la famille Hirawetz, qui a pu être suivie pendant sept générations, K. a trouvé deux hémophiles actuellement vivants sur un total de 138 membres dont 41 sont morts d'hémophilie.







Ces caillots racontent l'histoire

Le N° 1 est un caillot de lait humain. Le N° 2 celui du lait concentré non sucré homogénéisé. Tous deux sont légers et diffluents.

Le N° 3 est un caillot de lait de vache cru et le N° 4 un caillot de lait de vache bouilli une minute. L'un et l'autre sont épais et compacts.

Rien ne peut mieux illustrer la digestibilité supérieure du lait concentré non sucré homogénéisé et stérilisé Gloria.

Rien n'explique plus clairement la raison de sa tolérance parfaite par des enfants qui ne peuvent digérer le lait ordinaire même pasteurisé.

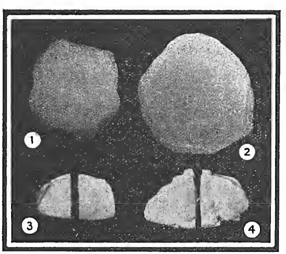
Stérilisation et homogénéisation sont les raisons de sa meilleure digestibilité qui entraîne deux résultats essentiels :

1° La stérilisation en boîte close amène le lait Gloria chez les usagers, absolument privé de tout micro-organisme — *aussi pur que s'il n'y avait pas de germes dans la nature.*

2° L'homogénéisation pulvérise les globules de matières grasses en particules aussi fines que celles du lait maternel, ce qui les rend totalement assimilables.

Voilà comment les divers spécimens reproduits ci-dessus racontent l'histoire de la supériorité du lait Gloria en alimentation infantile.

LAIT GLORIA, Sté Ame, 48, rue Ampère, PARIS (17e)



Les caillots reproduits ci-dessus sont obtenus par le traitement des différentes sortes de laits par la pepsine ou l'acide et recueillis sur de la toile cirée noire.



LAIT GLORIA, Société Anonyme, 48, rue Ampère, PARIS (17e)

Veuillez m'adresser Echantillon et Littérature

Nom : ....

Rue ....

Ville : .... *Département :* ....

Les deux hémophiles vivants appartiennent au groupe O et ils proviennent l'un et l'autre de mères appartenant au groupe A. Il n'existe, dans cette famille, aucun membre masculin qui appartienne au groupe O sans être hémophile. Il en est donc pour cette famille exactement comme pour la famille Mampel.

Dans une autre famille d'hémophiles israélite et comprenant 80 membres dont 25 sont morts d'hémophilie parmi lesquels 11 après la circoncision, K. n'a pu trouver aucun hémophile actuellement vivant. Chez les membres non hémophiles, on n'a pas trouvé non plus d'individus mâles appartenant au groupe O. Dans une autre famille également isréalite, comprenant 59 membres, K. a trouvé un hémophile appartenant au groupe O, tandis que ses parents appartenaient au groupe A.

Dans une autre famille encore, comprenant 48 membres, il y a eu 16 cas de morts par hémophilie et l'hémophile actuellement vivant appartient au groupe A qui caractérise les conducteurs.

K. se refuse à conclure de façon précise et demande qu'on continue à accumuler les observations.

P.-E. Morhardt.

J. Borak et **F. Windholz.** ***L'hypophyse après irradiation de l'ovaire*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 13, 28 Mars 1931). — Chez une femme de 30 ans atteinte de cancer de sein, on procède à une irradiation des ovaires pour faire apparaître l'aménorrhée.

A l'autopsie, on constate d'abord que les follicules de l'ovaire ont presque complètement disparu tandis que les cellules interstitielles sont encore assez abondantes.

Le lobe antérieur de l'hypophyse est dépourvu de cellules principales et basophiles; il présente une forte multiplication des cellules éosinophiles qui sont augmentées de volume et très riches en granulations. Parfois même on constate de l'hyperplasie adénomateuse. Ces phénomènes sont assez analogues à ce qui est décrit après extirpation des deux ovaires, sous le nom d'hypertrophie par castration de l'hypophyse. Comme les cellules interstitielles de l'ovaire persistaient, il faut donc admettre que la disparition de l'appareil folliculaire suffit pour faire apparaître ces modifications du lobe antérieur.

P.-E. Morhardt.

W. S. Collens, M. Goldzieher et **H. Koster.** ***Recherches sur le mode d'action des injections intraveineuses de glucose*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 13, 28 Mars 1931). — Pour étudier le sort du sucre administré par injections intraveineuses, les auteurs ont observé le quotient respiratoire d'abord chez des individus normaux après une jeûne de 14 à 18 heures et ont constaté qu'il oscille de 0,78 à 0,80. L'administration d'albumine le fait monter à 0,82; les graisses au contraire l'abaissent à 0,70 et le glucose le fait passer à 1.

Chez une série de 14 malades, des recherches analogues furent faites après administration de 50 gr. de glucose dissous dans 250 cmc d'eau, puis, après une intervention, on a constaté ainsi que le glucose augmente normalement le quotient respiratoire, mais que des interventions dans la cavité abdominale empêchent cette augmentation d'apparaître. Cette augmentation reparaît lorsque la période critique post-opératoire est terminée. Elle reparaît plus tardivement dans le cas de convalescence anormalement prolongée.

Dans le cas où cette augmentation du quotient respiratoire ne s'observe pas avant l'intervention, il y a lieu de penser à un manque de résistance à l'égard du traumatisme opératoire.

L'injection de glucose n'est pas suivie d'une augmentation de l'acide lactique du sang. Des biopsies pratiquées au cours de l'intervention, chez 30 malades, ont permis de constater que, sous l'influence de l'injection de sucre, les cellules de Kupffer présentent des modifications qui doivent être interprétées comme le résultat d'une excitation cellulaire et d'une stimulation de la fonction. Cette intervention du système réticulo-endothélial paraît de nature à expliquer les effets thérapeutiques de l'injection intraveineuse de sucre.

P.-E. Morhardt.

F. Koch. ***Le problème de la néphrite traumatique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 13, 28 mars 1931). — Les reins peuvent être lésés, quand ils contiennent une quantité normale de sang, non seulement par des chocs, des coups ou des écrasements mais aussi par une tension brusque de la musculature du tronc ou par un ébranlement dû à une chute. Les lésions ainsi provoquées déterminent des troubles plus ou moins passagers : hématurie, albuminurie, etc.

Cependant Wildbolz a observé un cas où, à la suite d'un traumatisme, on avait observé pendant sept mois de l'albumine, des hématies et des cylindres dans l'urine. L'intervention fit disparaître l'albuminurie qui devait donc être attribuée à une stase veineuse par stricture du rein fait de la rétraction fibreuse de la capsule.

K. a eu l'occasion d'observer un homme de 25 ans qui fit une chute alors qu'il portait un poids de 60 kilog. A la suite on constate de l'albumine dans l'urine. Un an plus tard, l'urine est habituellement sans albumine, mais celle-ci apparaît après une marche rapide, une ascension ou des mouvements des reins et provient exclusivement du rein droit. L'albumine ainsi éliminée n'est pas précipitable à froid par l'acide acétique. Pour K. il est incontestable que le traumatisme a provoqué une lésion de la capsule du rein droit et que les phénomènes de cicatrisation ont entraîné une fixation telle de l'organe que, dans certaines circonstances, il se produit une stase veineuse.

Dans un autre cas, il s'agit d'une homme de 26 ans qui fait une chute sur la région lombaire gauche et qui, le lendemain matin, présente une hématurie considérable. 2 mois plus tard, il présente de l'albumine. Il en est de même 7 mois plus tard. La pression sanguine est alors de 125 mm. avec un second bruit pulmonaire accentué. 13 mois après la chute, un examen complet montre qu'il existe toujours de l'albumine (0,8 à 2,5 pour 1.000), des cylindres hyalins et des corpuscules rouges et blancs dans l'urine des deux reins et que la pression s'est élevée en moyenne à 135 et parfois à 140. On n'arrive pas par un régime riche en viande à faire monter la densité de l'urine au delà de 1015.

Chez ce malade, il y a par conséquent une lésion bilatérale nettement progressive caractérisée par une augmentation de la pression du sang et une insuffisance fonctionnelle des reins. Cependant, il semble que le traumatisme n'a dû léser que le rein droit. Il faut donc admettre l'existense soit d'un réflexe réno-rénal, d'une néphrotoxine ou d'une surcharge fonctionnelle du rein bien portant.

En conclusion, il semble certain pour K. qu'un traumatisme du rein peut entraîner une affection rénale progressive.

P.-E. Morhardt.

Georg Rosenfeld. ***Le traitement chirurgical du diabète*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 14, 4 Avril 1931). — R. a déjà eu l'occasion de mettre en évidence que la diastase en injections intraveineuses abaisse le sucre du sang comme l'insuline, chez les chiens et chez les lapins normaux. Chez le chien dépancréaté, il en a été de même sous l'influence de 2 gr. de diastase par jour.

Chez l'homme, l'infection intraveineuse n'est pas possible. R. a donc administré ce médicament sous forme de lavement, à la dose de 5 gr. de takadiastase dissous dans 30 cmc d'eau. Les résultats obtenus ont été très peu marqués.

En liant le canal de Sténon, on augmente la diastase du sang et, par suite, la glycémie baisse. La ligature du canal de Sténon a d'ailleurs été employée comme méthode thérapeutique dans le diabète, par plusieurs auteurs avec des résultats contradictoires.

R. a donc eu l'idée de greffer une parotide à des chiens et il a constaté que, sous cette influence, le sucre du sang baisse fortement, par exemple de 127 à 63 milligr. pour 100 gr. Mais la greffe de cette glande provoque une hémoglobinurie qui tue rapidement les animaux. Il ne semble pas que le groupe sanguin intervienne dans cette question. Par contre, en pratiquant la splénectomie, R. a pu prévenir cette complication, mais les effets hypoglycémiants de la greffe d'une parotide ne durent que quelques jours. Au cours de ses recherches, R. a eu l'occasion de constater que l'administration de foie agit également contre l'hémolyse et notamment contre l'hémolyse provoquée par la toluylène-diamine.

P.-E. Morhardt.

Fr. Bernhard. ***L'apparition de diabète sucré après les affections aiguës du pancréas*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 14, 4 Avril 1931). — Les opinions des divers auteurs sont assez peu concordantes sur la question du diabète consécutif aux affections aiguës du pancréas. Pour éclairer ce problème, B. a étudié les observations de 75 malades ayant subi une opération pour affection aiguë du pancréas à la clinique de Giessen entre 1909 et 1930. Sur ce nombre, 50 malades ont supporté l'intervention. Les observations de 47 d'entre eux ont pu être utilisées par B. Parmi ces derniers, 3 sont morts de diabète et 2 sont actuellement atteints de cette maladie, ce qui fait un total de 10 pour 100. Mais parmi les malades non diabétiques, il en est qui ont été opérés assez récemment pour qu'on soit en droit de se demander si, chez eux, le diabète n'apparaîtra pas ultérieurement.

La raison pour laquelle le diabète apparaît ainsi est considéré par certains auteurs comme la conséquence des lésions du pancréas (Sebening) tandis que d'autres accusent une pancréatite chronique secondaire (Jorns). Dans les cas de B. on a observé 3 fois une élimination de séquestre pancréatique ou une suppuration prolongée.

D'autre part B. a procédé à l'épreuve de la tolérance pour les hydrates de carbone chez 25 de ces malades. Il a ainsi constaté, en divisant le taux le plus élevé atteint par la glycémie après administration de 50 gr. de glucose par le taux de la glycémie à jeun, que le quotient ainsi obtenu dépasse 1,5, c'est-à-dire est anormal 10 fois. Sur ce nombre, il s'agit 5 fois de troubles extrêmement légers car l'hyperglycémie disparaît vite. Par contre dans 5 autres cas, il s'agit manifestement d'une insuffisance des fonctions de la sécrétion interne du pancréas. Dans 3 de ces cas, il s'est produit, après l'intervention, une fistule de longue durée ou bien on a dû intervenir de nouveau pour pseudo-kystes du pancréas. Dans 2 autres cas, il s'agissait d'une forme sévère de nécrose pancréatique aiguë.

D'après ces observations, les troubles de la sécrétion interne du pancréas surviennent surtout lorsque des lésions anatomiques graves de la glande ont été observées. Le fait est encore plus nettement mis en évidence par un cas dans lequel on fut amené à intervenir 3 fois, une fois pour une crise aiguë, une seconde fois pour un pseudo-kyste avec séquestre de 54 gr. et une troisième fois pour récidive de nécrose pancréatique, ce qui amena l'élimination de séquestres

d'un poids total de 28 gr. Après la seconde intervention, on a constaté une glycémie provoquée montrant un trouble latent de la sécrétion interne du pancréas qui après la 3e intervention devint un trouble prédiabétique caractérisé. Au total, la sécrétion interne du pancréas a été touchée dans 20 pour 100 des cas étudiés par B.

P.-E. Morhardt.

Carl Kaufmann et **O. Mühlbock.** ***La suppression de la fonction de la glande sexuelle femelle détermine-t-elle de la cholestérinémie?*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 15, 11 Avril 1931). — K. et M. font remarquer que les constatations des auteurs relatives à la cholestérinémie qui s'observe après ménopause spontanée ou artificielle sont en désaccord. Tandis que quelques auteurs ont observé de l'hypercholestérinémie, d'autres n'ont pas observé de modification.

K. et M. ont repris ces recherches en dosant la cholestérine par la méthode pondérale qui évite toutes les causes d'erreurs. Ils ont ainsi constaté, chez une femme de 19 ans ayant subi la castration double pour kystes dermoïdes, que la cholestérine, qui s'élevait à 115 milligr. pour 100 gr. avant l'intervention, ne s'est pas modifiée sensiblement. Dans 2 autres cas d'extirpation totale pour fibrome, la cholestérine n'a pas varié.

Ces recherches ont été reprises d'abord pendant toute la durée du cycle menstruel chez une femme normale de 26 ans. On a constaté ainsi qu'avant les règles, la cholestérine libre, esthérisée ou totale, augmente fortement. Ensuite elle diminue dès le début des règles pour remonter aussitôt à son taux initial, sauf en ce qui concerne la cholestérine esthérisée qui ne reprend son taux normal qu'après la cessation des règles.

Des dosages ont été exécutés chez 21 femmes âgées de 39 à 69 ans. Sur ce nombre, un groupe A comprend 10 femmes présentant des signes de ménopause et un groupe B, 6 femmes du même âge mais normalement réglées. Dans un dernier groupe C, il s'agit de 5 femmes pendant la ménopause. Le groupe A et le groupe B donnent des chiffres sensiblement égaux : pour la cholestérine esthérisée 118 et 120, pour la cholestérine totale 184 et 186. Dans le groupe C, les chiffres ont été respectivement de 129 et de 199. En somme, ce n'est pas la suppression de la fonction ovarienne qui doit être incriminée si, chez des femmes ayant dépassé 45 ans, on trouve un degré anormalement élevé de cholestérine.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für GYNAKOLOGIE (Leipzig)

E. Fauvet (Leipzig). ***L'injection intra-veineuse continue goutte à goutte de glycose dans le traitement de la septicémie puerpérale et de ses suites*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 55e année, n° 19, 9 Mai 1931). — D'après F. l'injection intrarectale de sucre a l'inconvénient de provoquer des contractions intestinales et dans les cas graves son absorption n'est pas certaine.

C'est pour ces raisons que depuis deux ans dans les septicémies puerpérales il fait usage du sérum glycosé goutte à goutte intra-veineux. Après avoir dénudé la veine et y avoir introduit une canule de verre il donne 1.500 cmc de solution à 4 pour 100 en 24 heures, mais on peut varier la teneur sans cependant dépasser 8 pour 100. Au-dessus de cette concentration la solution est trop épaisse et l'appareil risque de se boucher.

En 8 jours, dans un cas récent, F. a donné 10.200 cmc de façon continue.

L'action sur l'état général est surprenante, les frissons notamment cessent rapidement.

Depuis 1930, année où a débuté ce nouveau traitement pour la première fois, le total des guérisons a dépassé le total des morts.

Sur une statistique de 101 septicémies *post abortum* et de 85 septicémies *post partum*, de 1923 à 1929, F. a observé 69 pour 100 de morts et en 1930, 32 pour 100 seulement.

E. Desmarest.

MUENCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

H. Merkel. ***La gémellité et l'étude des groupes sanguins*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 13, 22 Mars 1931). — L'étude des groupes sanguins des enfants issus d'une grossesse bivitelline aurait pu donner des résultats intéressants au point de vue de la démonstration de la superfécondation.

Lors d'un procès récent en Suède on avait pu croire qu'une preuve importante pouvait être ainsi apportée. Mais en réalité l'étude faite par M. de ce cas prouve bien en effet que des 2 jumeaux nés avec un groupe différent, l'une ne peut certainement être la fille du mari légitime de sa mère, mais par contre rien ne permet d'admettre que le garçon ne soit pas également issu des rapports adultérins.

La mère et son mari étant tous deux du même groupe O (O O), le jumeau garçon est également du groupe O (O O), mais la jumelle est du groupe A (A O). Son père réel n'est donc certainement pas le mari de sa mère ; ce doit être vraisemblablement un sujet du groupe A et il peut fort bien dans son union avec une femme du groupe O avoir donné aussi naissance au jumeau du groupe O.

Ces résultats intéressants au point de vue médicolégal sont donc ininterprétables en ce qui concerne la superfécondation.

Il faudrait, en effet, pour qu'il y ait preuve absolue, que chacun des enfants fût d'un groupe sanguin démontrant certainement l'union de la mère avec un individu différent. Ainsi dans le cas cité si l'on pouvait retrouver le père de la jumelle et que celui-ci présentât le groupe exceptionnel A B, la démonstration serait faite de la double paternité : le jumeau légitime O issu du mari O et la jumelle A fille du sujet A B.

Seule une étude systématique de tous les jumeaux à ce point de vue peut mettre sur la voie du fait de hasard démonstratif.

G. Dreyfus-Sée.

W. Hildebrandt. ***Auscultation pulmonaire des « fumeurs pulmonaires »*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 13, 22 Mars 1931). — La mauvaise habitude d'inhaler la fumée et de la faire pénétrer profondément dans les voies respiratoires s'est beaucoup répandue depuis la guerre, surtout chez les hommes, et il est permis actuellement d'opposer les « fumeurs buccaux » et les « fumeurs pulmonaires ».

Chez ces derniers, nombre de troubles pathologiques peuvent résulter de l'irritation chronique des bronches ainsi réalisée par la nicotine et de la résorption de ce poison au niveau de la muqueuse respiratoire. Schématiquement on peut distinguer chez ces sujets :

1° *Des bronchites chroniques* avec signes stéthoscopiques disséminés, sans fièvre, mais persistant d'autant plus que, malgré toute prescription, le malade ne renonce pas au tabac et que la privation d'inhalation de fumée constitue pour lui, souvent, un supplice analogue à celui de la désintoxication pour le morphinomane.

2° *Le bronchospasme* qui rappelle le tableau de l'asthme atténué.

3° *Le relâchement bronchique* donnant à l'auscultation l'impression d'une dilatation des bronches.

Entre ces 3 formes, dont les signes subjectifs sont très variables, de nombreuses formes intermédiaires pourraient être décrites.

Le diagnostic est souvent difficile et nombre de bronchites chroniques, de bronchites suspectes, de lésions traînantes ayant entraîné des pensions militaires prolongées, seraient en réalité curables par une désintoxication.

La thérapeutique est difficile, car il faut obtenir une abstention complète et prolongée et prévenir le malade que le soulagement ne se produira qu'après 4 à 6 semaines. Ces sujets sont pour la plupart des récidivistes, l'habitude de l'inhalation profonde ne permet plus le retour à la pratique moins malsaine de fumer avec la bouche, et la suppression totale mal acceptée est rarement poursuivie assez longtemps pour obtenir un résultat curatif.

G. Dreyfus-Sée.

M. Nonne. ***Sur un cas de tabes dorsal d'origine hérédosyphilitique avec vérification nécropsique ; tabes dorsal dans la syphilis de 3e génération*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 15, 10 Avril 1931). — Les cas de tabes hérédosyphilitique confirmés par une vérification anatomique sont rares dans la littérature et N. n'en a retrouvé que 3 observations certaines. Encore s'agit-il dans deux de celles-ci de lésions combinées avec dégénérescence des cordons latéraux ayant entraîné des paralysies secondaires.

L'observation de N. concerne un tabes dorsal typique chez un sujet qui avait présenté durant l'existence des stigmates oculaires et dentaires de syphilis héréditaire et chez lequel tout soupçon d'infection acquise pouvait être éliminé.

L'évolution du tabes répond à la symptomatologie habituellement signalée : apparition précoce de l'atrophie optique (troubles de la vue débutant à 8 ans, cécité complète à 21 ans), régression des douleurs fulgurantes et de l'ataxie, absence de lésions articulaires, évolution lente. En outre, ainsi qu'on l'a déjà signalé dans des cas de lésions nerveuses hérédosyphilitiques, les réactions spécifiques humorales manquaient aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien. Les lésions anatomopathologiques étaient celles d'un tabes dorsal pur typique.

Un 2e cas observé par N. et suivi par lui depuis 12 années présente un particulier intérêt du fait qu'il s'agit d'un hérédosyphilitique de 3e génération.

Le tabes typique répondait au tableau habituel, avec peu de douleurs, pas de phénomènes articulaires et une évolution très lente, les lésions paraissant fixées depuis 7 années.

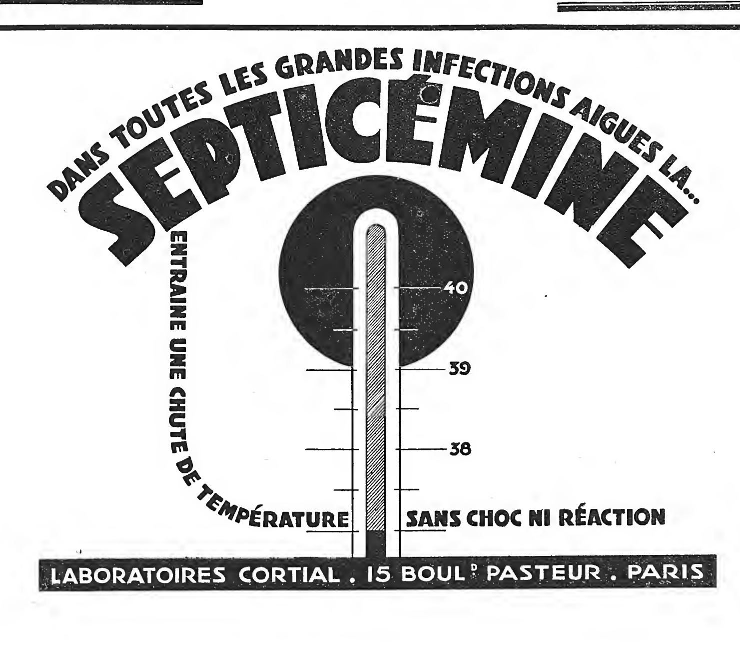
Cependant une ponction lombaire pratiquée au cours du traitement avait montré une réaction nette de type paralytique et ce fait prouve bien la prudence nécessaire dans l'interprétation des résultats fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien des hérédosyphilitiques.

Les recherches pratiquées par N. dans la littérature ne lui ont pas permis de retrouver d'autre cas comparable de tabes d'origine hérédosyphilitique de 3e génération.

G. Dreyfus-Sée.

W. Sick. ***Les courbes glycémiques au cours des infections aiguës fébriles*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 15, 10 Avril 1931). — L'étude systématique des courbes glycémiques au cours d'infections aiguës fébriles banales a été faite en pratiquant d'une part des dosages quotidiens, et en second lieu en contrôlant le métabolisme hydrocarboné par l'épreuve de Staub-Traugott :

Administration à 2 reprises de 30 gr. de glucose



DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICÉMINE
ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE
SANS CHOC NI RÉACTION
40
39
38
LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOUL^D PASTEUR . PARIS

à 1 heure de distance après une diète de 12 heures, puis dosage de la glycémie tous les 1/4 d'heure dans les 2 premières heures, deux fois dans la 3e heure, puis encore une fois à la fin de la 4e heure.

Normalement on observe après la première prise une augmentation de la glycosurie de 50 pour 100; la deuxième administration de glucose survenant avant la chute totale de la courbe hyperglycémique détermine un relèvement de celle-ci moins accentué que la première fois, alors qu'au contraire chez les diabétiques, l'excitation pancréatique et l'hypersécrétion insulinique ne se produisant pas, la courbe redescend mal et la deuxième prise de glucose détermine un relèvement plus accentué que le premier.

Au cours des infections banales hyperthermisantes chez des sujets normaux S. a recherché quelle était l'évolution de ces courbes. Il a choisi des malades atteints d'angine, rhumatisme articulaire aigu, pyélite, grippe, bronchite, pneumonie légère, toutes affections non compliquées survenues chez des sujets à Bordet-Wassermann négatif et non diabétiques. Les résultats obtenus permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° *Les courbes glycémiques des affections aiguës fébriles se rapprochent de celles des diabétiques légers :*

a) La glycémie à jeun est ordinairement normale.

b) La courbe glycémique après la première prise de glucose s'élève jusqu'à un taux excessif, s'abaisse ensuite insuffisamment et remonte après la deuxième absorption de glucose à un chiffre maximum plus élevé que le premier.

c) La courbe s'abaisse lentement de telle sorte que la valeur de la glycémie, 4 heures après la première prise de sucre, demeure plus élevée que la glycémie à jeun.

d) L'hypoglycémie est rarement observée.

e) Après prise de nourriture la courbe glycémique présente des variations anormalement fortes.

2° *A l'inverse de ce qui se passe chez les diabétiques on ne constate presque jamais de glycosurie.*

3° *Les réactions glycémiques anormales sont provoquées par l'infection et non par la fièvre, car elles peuvent persister après la déferveseence, et ne disparaître qu'après régression totale de l'infection déterminante.*

G. Dreyfus-Sée.

K. Kuppers. *La signification des vomissements acétoniques survenant chez des psychopathes adultes* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 16, 17 Avril 1931). — Les travaux surtout français et américains sur les vomissements cycliques tendent à considérer cette curieuse affection comme cantonnée exclusivement dans le domaine pédiatrique.

K., observant près de 300 adultes atteints d'affections psychiques, a eu l'occasion en 6 mois de relever 8 cas de vomissements acétoniques, dont 2 sur 125 épileptiques et 6 sur 142 schizophréniques.

Leur aspect, leur évolution, l'influence de la thérapeutique, permettent de les rapprocher en tous points des faits classiques dans l'enfance. Se basant sur la coïncidence de maladie psychique chez l'adulte et de terrain nerveux chez l'enfant comme facteurs prédisposants aux vomissements cycliques, K. émet quelques hypothèses qui paraissent actuellement nécessiter une critique serrée et de nombreuses observations de contrôle.

Il y aurait à la base des vomissements cycliques une anomalie constitutionnelle qui se retrouverait à la fois chez l'enfant et chez l'adulte psychopathe. Souvent d'ailleurs on trouverait chez ce dernier un certain degré de persistance des caractères infantiles.

Il faudrait tenir compte aussi des troubles du métabolisme hydrocarboné fréquents chez les épileptiques et des résultats que donnent chez eux certains régimes cétogènes et carencés en hydrates de carbone; dans la schizophrénie, Depisch et Becker ont préconisé le traitement diététique et la thérapeutique par l'insuline et le glucose.

Un trouble du fonctionnement insulaire peut donc être soupçonné dans le déterminisme des troubles nerveux; et c'est ce trouble qui pourrait être le facteur commun expliquant l'apparition des vomissements chez les enfants et les psychopathes.

De telle sorte que ces vomissements acétoniques pourraient en quelque sorte être considérés comme indiquant une anomalie constitutionnelle infantile prédisposant aux psychoses et particulièrement à l'épilepsie et à la schizophrénie.

De semblables conclusions qui assombriraient, dans des proportions difficiles à établir, le pronostic d'une affection considérée jusqu'ici comme bénigne, ne peuvent être acceptées que si elles sont appuyées sur des preuves plus certaines que des observations isolées chez les adultes; aucune enquête n'a été signalée par K. sur l'existence des vomissements dans l'enfance des 300 malades qu'il a observés.

G. Dreyfus-Sée.

F. Schiff et M. Akune. *Groupes sanguins et physiologie* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 16, 17 Avril 1931). — L'importance des caractères spécifiques individuels décelés dans le sang s'est accrue encore par la découverte de substances présentant les mêmes caractères dans d'autres humeurs de l'organisme.

C'est ainsi que la bile, le sperme, les urines ont le même groupe que les érythrocytes.

A l'aide d'une réaction utilisant l'hémolyse d'un système hémolytique déterminé dans lequel le sérum ambocepteur est constitué par un sérum agglutinant les globules du groupe A, les auteurs ont étudié les propriétés de divers organes en ce qui concerne la substance agglutinogène de ce groupe.

Les recherches faites ainsi ont permis de différencier 2 types de substances, l'une A forte, l'autre A faible, ou plutôt selon la nouvelle terminologie admise, l'une A grande, l'autre A petite. Ces types se retrouvent non seulement parmi les érythrocytes, mais aussi dans l'urine ainsi que partout où la substance A peut être décelée.

On peut mettre cette propriété agglutinante en évidence dans les substances blanches et grises du cerveau et du cervelet; elle est particulièrement active dans diverses sécrétions glandulaires, dans le pancréas, la muqueuse du tube digestif et surtout de l'estomac, peut-être même dans toutes les tuniques gastriques.

Chez 2 fœtus de 3 et 5 mois on trouvait déjà de fortes proportions d'agglutinogène A dans l'estomac alors que la différenciation en groupe du cœur et des reins était à peine ébauchée.

La substance A manque dans les fèces normales. En outre il faut noter que les fèces et la salive des sujets, quel que soit leur groupe, peuvent altérer à 37° les substances A et B de telle façon qu'il devient impossible de les mettre en évidence. Ce phénomène se produit vraisemblablement sous l'influence d'un ferment, agent de désintégration des agglutinogènes.

La présence et le rôle d'un ferment explique l'absence de substance A dans les fèces; en outre, la sensibilité des ferments vis-à-vis des acides rend compte de la particulière abondance de A dans l'estomac. L'acidité, le p_H des divers milieux du tube digestif sont donc des facteurs importants dans la répartition du ferment et partant de l'agglutinogène.

Jusqu'à présent le ferment n'a pu être décelé dans le cerveau, ni dans le sang. Son rôle destructeur intervient-il dans les teneurs variables de substance A dans divers organes, c'est ce que des recherches ultérieures vont s'efforcer d'établir.

G. Dreyfus-Sée.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
(Saint-Louis)

Louis E. Phaneuf. *The cervical cesarean section : incision cervicale césarienne* (*American journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XXI, N° 4, Avril 1931. — La césarienne cervicale est de plus en plus pratiquée. L'habitude d'ajouter le nom des accoucheurs, qui ont apporté des modifications au procédé, a créé une certaine confusion. Mais, schématiquement, on peut dire que la césarienne cervicale est extrapéritonéale, transpéritonéale ou intrapéritonéale. La césarienne transpéritonéale comporte l'exclusion de la cavité péritonéale, assurée par la suture du feuillet viscéral au feuillet pariétal; dans la césarienne intrapéritonéale, la cavité péritonéale ouverte par une incision longitudinale suprapubienne, la vessie est séparée du segment inférieur de l'utérus et l'on ouvre celui-ci par une incision cervicale longitudinale ou par une incision transversale.

P. a opéré 418 fois par l'un ou l'autre de ces procédés, soit dans de grands hôpitaux, soit dans d'autres plus modestes, où n'existait qu'une unique salle pour toutes les interventions, et laissant les soins postérieurs assurés par le médecin de famille. Seize tableaux et des commentaires exposent les déductions à tirer de cet important matériel clinique. Les 418 opérations se divisent en 2 extrapéritonéales, 58 transpéritonéales, 160 intrapéritonéales à incision longitudinale cervicale et 198 intrapéritonéales à incision transverse. La césarienne cervicale semble remplir les trois conditions principales souhaitées par les promoteurs de protection contre la péritonite septique; elle est de meilleure cicatrisation et la convalescence est plus facile. La mortalité maternelle totale fut de 5 pour 100; mais elle s'abaissa à 3 pour 100 dans les 198 césariennes cervicales transverses. Le taux de l'embolie pulmonaire fut de 1.19 pour 100, alors qu'il avait atteint 3,7 pour 100 dans une série de 53 césariennes classiques pratiquées par P. Il en découle que l'embolie pulmonaire est la complication la plus fréquente de toutes les césariennes. La mortalité fœtale fut de 5,9 pour 100. La césarienne cervicale peut facilement être répétée à plusieurs reprises chez la même femme (6 fois chez l'une.) Il y eut ultérieurement 14 accouchement par les voies naturelles, chez 11 femmes; chez toutes le puerperium fut normal. Dans 150 opérations itératives, il ne fut pas constaté d'adhérences intestinales. P. préfère, dans le procédé intrapéritonéal, l'incision cervicale-transverse à la longitudinale. Dans les cas limites, elle permet à nombre de femmes d'accoucher par les voies naturelles après une épreuve du travail prolongée.

Henri Vignes.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY
(Chicago)

Kerhohan, Woltman et Adson. *Tumeurs intramédullaires de la moelle spinale* (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXV, n° 4, Avril 1931). — L'étude histologique des tumeurs cérébrales est mieux connue que celle des tumeurs médullaires, sans doute à cause de leur plus grande fréquence, bien que leur structure soit sensiblement la même.

Les auteurs étudient 51 cas de tumeurs intramédullaires, excluant celles de la queue de cheval et du *filum terminale*.

La durée moyenne des symptômes a été de 4 à 9 ou 10 ans, considérablement plus longue que celle des tumeurs extramédullaires. La distinction entre les tumeurs extra et intramédullaires est sou-

vent bien malaisée pourtant. Le caractère des troubles de la sensibilité cutanée le permet parfois. Les douleurs radiculaires à distance dans les tumeurs intramédullaires sont moins fréquentes et les douleurs proprement spinales plus fréquentes. Les caractères de la sensibilité péri-anale, ceux du liquide céphalo-rachidien, l'épreuve lipiodolée, ne permirent jamais d'établir une distinction.

Histologiquement il faut distinguer les tumeurs neurogènes et les tumeurs gliogènes. Les premières sont très rares. Il existe des tumeurs gliales vraisemblablement détachées de la moelle et les auteurs les signalent en passant. La coexistence de la syringomyélie et des tumeurs intramédullaires est également trop fréquente pour qu'elle soit une simple coïncidence.

Les auteurs ont observé des épendymomes. Ce sont ceux dont la durée est la plus longue. Ils représentent 42 pour 100 des tumeurs observées. On peut en distinguer 3 types, les épendymomes solides, ceux du type tubulaire et ceux à type de neuroépithéliome. Division purement histologique et qui ne correspond pas à la clinique.

Les spongioblastomes sont moins fréquents. Les auteurs en distinguent 3 types, les S. unipolaires, les S. mixtes à cellules de type différent et les S. multiformes.

Les astroblastomes sont des tumeurs très rares; 2 cas ont été vus par les auteurs.

Les oligodendrogliomes sont aussi exceptionnels: 2 cas. Les médulloblastomes se rencontrent surtout dans l'enfance au niveau du cervelet; ils sont très rares dans la moelle: 4 cas.

Il faut signaler encore les hémangioblastomes, très difficiles à distinguer, les lipomes et les tuberculomes seront signalés en passant.

Quant aux ganglioneuromes, ils sont, comme toutes les tumeurs neurogènes, exceptionnels dans le système nerveux central et spécialement dans la moelle.

Cette classification confirme que les tumeurs médullaires ne sont pas histologiquement différentes de celles du cerveau.

H. Schaeffer.

Mussen. ***Le cervelet*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXV, n° 4, Avril 1931). — L'auteur rappelle ses travaux antérieurs sur le cervelet et les procédés qu'il a employés pour étudier les localisations cérébelleuses. Il a déterminé des lésions localisées en des points précis et observé les réactions consécutives, d'où il tire les conclusions suivantes :

1° Le vermis antérieur est responsable des mouvements de flexion du cou en avant. Sa destruction entraîne la perte de ces mouvements.

2° Le vermis postérieur régit les mouvements de flexion en arrière. Sa destruction abolit de même ces mouvements.

3° Le lobe médian du vermis règle les mouvements de rotation de la tête. La lésion d'un hémilobe médian entraîne la perte de la rotation du côté opposé à la lésion.

4° Les faits énoncés ci-dessus montrent que le vermis est en réalité composé de trois lobes qui ont chacun une fonction très différente.

5° Il est permis de penser que la fonction d'un de ces lobes ne s'applique pas uniquement au mouvement qu'il régit, mais qu'il a un rôle de coordination et qu'il agit synergiquement avec les autres lobes.

6° Ainsi donc le cervelet a sans doute une double activité ; il détermine des réflexes primaires, ceux qui dépendent d'un lobe particulier, et des réponses secondaires qui s'intègrent dans son activité synergique générale.

7° De plus ces recherches jettent une lumière nouvelle sur la question de l'équilibre, et celle des réflexes profonds du cou dans ses rapports avec le tonus.

Ces travaux devront d'ailleurs être poursuivis et ils apporteront des données nouvelles sur l'action du cervelet qui élargiront dans ce domaine l'étendue de nos connaissances. H. Schaeffer.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Varsovie)

M. Minkowski (Zurich). ***Les nouvelles données de l'anatomie pathologique de l'épilepsie*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome VIII, n° 4, 22 Janvier et n° 5, 29 Janvier 1931). — Dans un travail, illustré par de nombreuses figures, M. estime que l'olive bulbaire est un organe très sensible qui donne lieu à des processus de dégénérescence au cours de diverses affections. A côté des processus tels que la sénilité, les intoxications, les infections diverses, l'encéphalite léthargique et le tétanos, l'épilepsie tient une place importante. En effet, les lésions constatées par M. dans les olives bulbaires sont assez fréquentes. Elles apparaissent approximativement dans les 2/3 des cas. Les lésions observées n'ont pas de caractères spéciaux et ne sont pas pathognomoniques de l'épilepsie. Elles présentent une analogie poussée assez loin avec les altérations des cornes d'Ammon qui, elles non plus, ne sont pas spéciales à l'épilepsie. Mais elles présentent également quelques différences. L'atrophie cellulaire au niveau des olives n'est pas aussi complète que celle qu'on observe dans les cornes d'Ammon.

Quelle est la signification des lésions constatées dans les olives par rapport à l'épilepsie? On ne peut pas leur attribuer l'origine des crises épileptiques. Elles indiquent cependant que le bulbe rachidien est un centre d'action intensive du processus pathogène de l'épilepsie résultant vraisemblablement de l'effet combiné du processus épileptogène général et des crises épileptiques prises isolément. Le caractère essentiellement chronique des altérations observées explique l'absence de troubles fonctionnels de nature bulbaire et de troubles de la statique bien que les altérations intéressent les olives presque dans leur totalité. D'autre part, on pourrait supposer que de telles lésions chroniques des olives seraient capables de jouer un certain rôle dans la genèse des phénomène moteurs de la crise, surtout dans la phase tonique.

Les recherches de M. ne lui permettent pas de partager l'opinion de Braunmühl sur le rôle vasculaire joué dans la dégénérescence des olives. En effet, M. ne trouve pas de rapports constants entre les lésions dégénératives. Elles paraissent être plutôt de nature secondaire. L'angiospasme de Spielmeyer ne peut pas être incriminé en raison de la variabilité des lésions, non seulement pour chaque cas particulier mais entre les deux olives chez le même individu. M. souligne que les régions les plus respectées sont les par-olives et le centre des olives, donc les parties qui phylogénétiquement constituent la partie la plus ancienne sur l'échelle de la formation. Par contre, les parties phylogénétiquement jeunes réunies au néocérebellum semblent particulièrement fragiles. Il s'agirait donc d'une prédilection génétique. Ainsi, en dehors de la fragilité même des olives, il semblerait que d'autres facteurs tels que les facteurs vasculaires, génétiques, endo et exogènes, entrent également en cause. Fribourg-Blanc.

M. Mikulowski. ***Le problème du réveil d'une maladie latente au point de vue clinique et biologique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome X, n° 7, 15 Février et n° 8, 22 Février 1931. — M. passe en revue diverses associations pathologiques de nature infectieuse et étudie l'influence de ces associations sur leur évolution favorable ou défavorable. En comparant les infections mixtes secondaires et les infections de sortie de Nicolle avec les infections latentes réveillées par un choc exogène ou endogène on est frappé par une certaine analogie qui rend difficile à préciser les limites exactes et la part qui revient à chaque processus. Nombreux exemples cliniques tels que l'éclosion d'une méningite à la suite d'une vaccination, le réveil spontané d'une typhoïde, le réveil de la syphilis latente sous l'influence d'une infection banale confirment cette observation. C'est ainsi qu'on voit s'installer tel processus général ou tel autre local qui peuvent être mis sur le compte de la nouvelle maladie quand, en réalité, il ne s'agit que d'une complication de l'ancienne maladie latente. La syphilis en pédiatrie est riche en exemples de cette sorte. La découverte de Milian sur la réactivation de la réaction de Wassermann est une source de nombreuses observations. Les états fébriles des éruptions du neuvième jour de Milian mis sur le compte de l'intoxication, de l'anaphylaxie, de l'arséno-résistance, trouvent une explication plus rationnelle dans la théorie du biotropisme infectieux, c'est-à-dire dans la théorie de la mobilisation des éléments microbiens demeurés jusque-là inactifs et résidant dans l'organisme à l'état saprophytique, ce réveil s'opérant sous l'influence de facteurs chimiques, physiques ou biologiques. Fribourg-Blanc.

L. Szyfman et **M. Kocen.** ***A propos de l'agranulocytose, de la fièvre ganglionnaire et de la réaction lymphocytaire*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome VIII, n° 12, 22 Mars 1931). — S. et K. réunissent trois observations dont l'une fournit un exemple d'agranulocytose avec issue mortelle. La seconde relate l'histoire d'un jeune homme atteint de fièvre ganglionnaire intéressante en raison des difficultés du diagnostic. La troisième concerne un vieillard atteint d'un processus infectieux de nature indéterminée ayant entraîné à sa suite une lymphocytose notable et persistante sans aucune réaction du côté des globules rouges et des hématoblastes.

S. et K. concluent que l'agranulocytose peut se manifester de façon symptomatique au cours des maladies infectieuses telles que la grippe ou la septicémie. L'opinion de Schultze soutenant que l'évolution et le tableau classique de l'agranulocytose ne souffrent pas de variantes est excessive, car en pathologie il n'existe pas de maladie qui ne donne lieu à des manifestations variées en clinique.

La fièvre ganglionnaire et la réaction lymphocytaire ne doivent pas être confondues en un seul processus. La fièvre ganglionnaire paraît avoir une évolution clinique qui lui est caractéristique et particulière pour le jeune âge; elle est déterminée par un élément pathogène inconnu. Par contre, la réaction lymphocytaire ne possède pas de caractère déterminé et doit être considérée plutôt comme une réaction générale vis-à-vis des microbes ayant des affinités pour le système lymphatique. Fribourg-Blanc.

REVUE DES JOURNAUX

MARSEILLE MÉDICAL

F. Toullec. ***Pestigènes et pestifères ; les modes de transmission de la peste*** (*Marseille Médical*, tome LXVIII, n° 6, Février 1931). — Le rat est l'animal pestigène par excellence. Parmi les nombreuses espèces de rats, 2 prennent une part extrêmement active à la diffusion de la peste: l'*Epimys norvegicus* ou *Mus decumanus*, surmulot ou rat gris d'égout, d'origine asiatique et l'*Epimys ratus* ou rat noir, domestique, rat de grenier répandu dans le monde entier.

Mais il faut ajouter la peste de plusieurs rongeurs sauvages, d'où division possible en peste *domestique* dont nos commensaux les rats constituent le réservoir de virus et en peste *sylvatique* ou sauvage. Cette peste sauvage provient de divers animaux, le tarbagan en Mongolie (*Artomys bobac* ou marmotte de Sibérie), la gerbie en Afrique du Sud (*Mastomys concha*, souris polymastique), l'écureuil en Californie, le spermophile en Russie méridionale. Ces animaux sauvages causeraient probablement peu de dommage à l'homme s'il n'allait les chercher; en outre, la contagion se fait par des espèces complémentaires formant agent de liaison qui sont les souris.

La contamination peut d'ailleurs se faire entre les rongeurs sauvages et les rats des villes et, dans certains cas, les foyers pesteux ne sont pas nettement tranchés; notamment au Sénégal où l'on observe la « zoo-peste mixte ».

La peste animale au Sénégal est permanente, circonscrite et saisonnière. Les rongeurs de la bande pestigène sénégalaise émigrent dans le sens des courants de la récolte des arachides. D'Octobre à Mars, ils sont dans les champs, il n'y a pas de peste humaine. De Mars à Octobre, les rongeurs suivent les arachides expédiées vers les ports d'embarquement, deviennent des rongeurs domestiques, la peste humaine envahit tous les villages de la voie ferrée.

Ce sont les puces qui jouent le rôle de pestifères. Parmi la centaine de puces actuellement connues, quelques-unes seulement jouent ce rôle surtout les *Xenopsylla cheopis*, *astia* et *brasiliensis*, les *Ceratophyllus*, les *Ceratophyllus fasciatus*, les *Leptopsylla musculi*, *les Ctenocephalus canis* et *felis* et les *Pulex irritans*. En dehors des puces, d'autres insectes hématophages ont été accusés d'être pestifères, notamment la punaise.

Ces constatations montrent toute la difficulté d'une véritable prophylaxie. Il ne suffit pas de vacciner et de combattre l'épidémie, la peste est un fléau qui s'installe et demeure. Pour la déloger, il faut s'attaquer aux rongeurs pestigènes et aux insectes piqueurs pestifères.

Robert Clément.

Jean Sédan. ***Les paralysies oculaires post-diphtériques*** (*Marseille Médical*, tome LXVIII, n° 8, 15 Mars 1931). — Il y a eu ces dernières années une recrudescence des diphtéries graves et il semble que la toxine soit de plus en plus neurotrope.

Les paraylsies oculaires ne sont pas l'apanage des diphtéries graves seules; souvent, elles succèdent à des diphtéries larvées. Dans 7 cas sur 16, ce sont les paralysies oculaires, notamment la paralysie de l'accommodation, qui ont permis de dépister la diphtérie, alors que l'épisode angineux avait passé inaperçu.

Dans l'immense majorité des cas, c'est le muscle ciliaire et sa fonction accommodative qui sont frappés.

Les 16 cas, dont S. rapporte succinctement l'observation, lui ont fait faire les remarques suivantes:

Dans 15 cas sur 16, les malades avaient plus de 6 ans, en grande majorité plus de 10 ans, c'est ce qui explique qu'aucun de ces sujets n'avait été soumis à la vaccination préventive.

2 fois seulement il s'est agit de paralysies extrinsèques. 2 faits observés sont exceptionnels : paralysie de la fonction lévogyre, récidive de la paralysie. L'atteinte du grand oblique, observée dans 1 cas, est évidemment très rare.

La sérothérapie méthodiquement appliquée dans tous les cas a coïncidé avec l'absence de paralysie des membres et d'accidents cardiaques sérieux. S. y voit une relation de cause à effet et considère l'accident oculaire comme un signal symptôme favorable. Les doses injectées ont été en moyenne de 2 cmc. Avec la méthode de Besredka, les accidents de la sérothérapie ont été minimes.

Pour S. l'existence de paralysies oculaires est une indication formelle de sérothérapie.

La mortalité diphtérique est à peu près la même depuis 35 ans. Il est peu probable que le terrain ait changé, le microbe ne paraît pas avoir varié; le sérum, par contre, paraît avoir perdu beaucoup de son efficacité. La diminution du pouvoir curatif du sérum résulte-t-elle des modifications apportées dans sa préparation pour la simplifier et la rendre moins meurtrière pour les animaux producteurs? Cette hypothèse aurait besoin pour être établie de travaux de contrôle .

Robert Clément.

REVUE MEDICALE DE L'EST (Nancy)

J. Hamel et **G. Courtier.** ***Recherche sur la réaction de déviation du complément par l'antigène tuberculeux méthylique dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien des aliénés et en particulier des déments précoces*** (*Revue Médicale de l'Est*, tome XLIX, n° 3, 1er Février 1931). — La coexistence de la tuberculose et de la démence précoce n'a pas été sans frapper les aliénistes. H. et C. ont recherché l'infection tuberculeuse chez les déments précoces par la réaction de déviation du complément.

Pour le sérum, la méthode adoptée est celle de Calmette et Massol avec l'antigène tuberculeux méthylique de Boquet et Nègre. Dans le but de déceler une infection bacillaire latente, on a adopté comme dose minima d'alexine, la dose active titrée hors de présence de l'antigène et on a augmenté le nombre des tubes en expérience.

162 séro-réactions portant sur des malades mentaux de toutes catégories ont été pratiquées.

94 réactions ont été faites dans le sérum de 67 déments précoces. 27,3 des réactions ont été positives, 62,7 négatives. Chez 23 de ces déments précoces, dans 6 cas, la réaction a été + à l'antigène tuberculeux et — à l'antigène syphilitique; dans 4 cas, — à l'antigène tuberculeux et + à l'antigène syphilitique; dans 13 cas, elle a été négative aux 2 antigènes.

Dans la confusion mentale, la séro-réaction à l'antigène tuberculeux, recherchée dans 18 cas, a été positive dans 4 cas et négative dans 14. Dans 8 cas, dont 2 + à l'antigène de Boquet et Nègre, le B.-W. est négatif.

Dans un nombre important de psychoses diverses, on constate une hyperalbuminose notable du liquide céphalo-rachidien. En employant, dans les mêmes conditions que pour le sang, la technique de Calmette et Massol, H. et C. ont effectué 39 réactions à l'antigène méthylique portant sur le liquide céphalo-rachidien de 25 sujets dont 10 déments précoces.

8 réactions seulement ont été pratiquées à l'aide d'une technique donnant des résultats qui ne soient pas discutables : 6 fois, la réaction a été positive et 2 fois négative. Aucun de ces liquides ne donnait une réaction + à l'antigène syphilitique. Les 6 réactions + se rapportaient à 4 déments précoces, présentant tous une hyperalbuminose notable et de la lymphocytose rachidienne. Les 2 sujets à réaction — n'avaient ni lymphocytose, ni hyperalbuminose; l'un était un maniaque, l'autre un mélancolique.

Il ne paraît pas impossible que le virus filtrant tuberculeux soit capable d'expliquer les formes encéphalitiques de la démence précoce.

Robert Clément.

STRASBOURG MÉDICAL

Ide. ***Narcose et rachianesthésie*** (*Strasbourg Médical*, tome XCI, n° 11, 15 Avril 1931). — La narcose n'est pas ou n'est plus aussi dangereuse qu'on l'a sommairement accusée d'être. Il ne faut pas exagérer l'action nocive du chloroforme sur les reins, le foie et le cœur. Toutefois, il est préférable ne pas prolonger trop longtemps la chloroformisation et de lui substituer très rapidement l'éther quand les grandes incisions sont faites, au plus tard vingt à trente minutes après le début de l'anesthésie. On évite ainsi la dose nocive de l'éther pour le poumon qui est la forte concentration du début de la narcose à l'éther qui excite la sécrétion broncho-pulmonaire et crée cet encombrement broncho-alvéolaire que l'on peut observer au bronchoscope ou à la radiographie, chez beaucoup de sujets endormis à l'éther. On a, au contraire, tous les avantages de l'éther, car on peut poursuivre très longtemps l'anesthésie à l'éther sans grand danger. La substitution de l'éther au chloroforme est aussi précieuse en cas d'incidents soit syncopal, soit asphyxique par chute de la langue, car l'excitation éthérée suffit à changer entièrement le tableau.

La rachianesthésie, au contraire, tant vantée ces derniers temps, ne va pas sans inconvénients. Elle a certainement des avantages dans certains cas, elle restera le moyen le plus actif pour vider des intestins en dilatation paralytique. Au cours d'une opération à la narcose, si les intestins distendus refusent de rentrer dans la cavité, on peut les réduire à rien par une rachicocaïnisation.

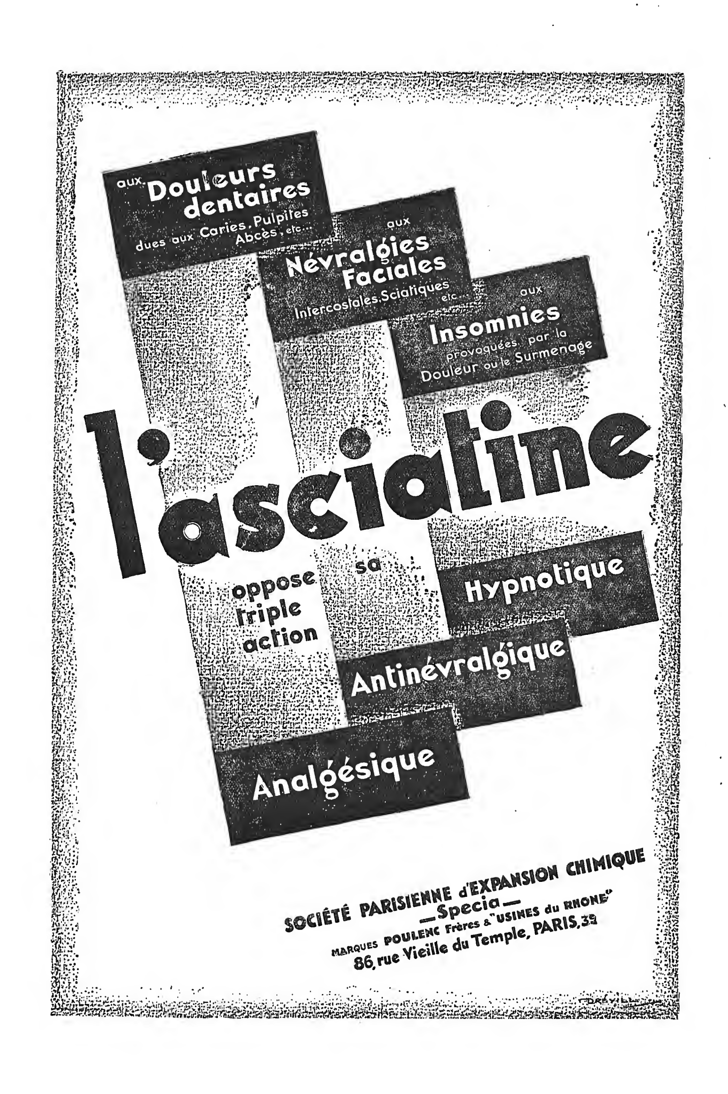
Le point délicat dans l'anesthésie rachidienne n'est pas le choix de l'anesthésique, mais la limitation de l'effet en étendue. Or, le poison est en solution parfaite dans le liquide céphalo-rachidien et la plupart des précautions pour éviter la diffusion du toxique sont vaines. La caféine, l'adrénaline, la strychnine, ajoutées au liquide anesthésiant, n'ont qu'un effet local. Il est préférable de ne pas surajouter leur effet toxique à celui de l'anesthésie.

Si l'adrénaline intraveineuse donne quelques beaux succès dans les cas d'hypotension, elle ne permet pas toujours de sauver le malade.

L'action de la rachianesthésie est très complexe et il y aurait intérêt à parfaire l'étude expérimentale sur l'animal de ce moyen d'anesthésie avant d'en généraliser l'emploi chez l'homme.

Robert Clément.

M. Finck. ***Azotémie et acidose*** (*Strasbourg Médical*, tome XCI, n° 11, 15 Avril 1931). — On n'a pas jusqu'à présent attribué un rôle assez important au facteur acidose dans l'évolution des néphrites azotémiques. Pour F. l'acidose serait plus importante encore que l'azotémie elle-même. Elle expliquerait le contraste qui existe entre certains azotémiques qui ont toutes les apparences d'une bonne santé et d'autres qui, avec un taux d'urée


aux Douleurs dentaires
dues aux Caries, Pulpites Abcès, etc...
aux Névralgies Faciales
Intercostales, Sciatiques etc...
aux Insomnies
provoquées par la Douleur ou le Surmenage
l'asciatine
oppose sa triple action
Hypnotique
Antinévralgique
Analgésique
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3e

souvent inférieur, sont pâles, fatigués, maigres, nauséeux et insomniques. Ces derniers ont une réserve alcaline relativement très abaissée.

L'acidose au cours des néphrites azotémiques est due à la rétention de certains acides parmi lesquels les combinaisons de l'acide phosphorique semblent jouer le principal rôle. L'acidose aggrave l'azotémie par le moyen de la chloropénie plasmatique qu'elle détermine. Elle apparaît relativement tôt dans l'évolution des néphrites azotémiques. Il est important de la dépister de bonne heure à la période de préacidose.

L'acidose des néphrites azotémiques se traite non pas en alcalinisant l'organisme comme dans l'acidose des diabétiques, mais en le désacidifiant. Un régime alimentaire pauvre en phosphates est la condition essentielle du traitement diététique et l'emploi des sels de chaux est d'un utile secours. Avec le chlorure de calcium, avec le carbonate de chaux solubilisé, on arrive à abaisser le taux de l'acidose en même temps que le sujet continue à éliminer des phosphates en quantité supérieure à celle ingérée. ROBERT CLÉMENT.

L'ENCEPHALE
(Paris)

Halina Jankowska. ***Contribution à l'étude des modifications biochimiques au cours des émotions*** (*L'Encéphale*, 26e Année, n° 3, Mars 1931). — Si l'étude des symptômes biologiques et des modifications végétatives endocriniennes provoquées par les émotions est actuellement assez bien connue, les modifications chimiques ont moins directement sollicité jusqu'ici l'attention des chercheurs parmi lesquels nous n'aurions garde d'oublier les travaux de Rafflin, de Montassut et de Turpin.

Le travail de J. porte plus particulièrement sur les modifications urinaires plus faciles à explorer surtout que les investigations sont répétées d'heure en heure. Les malades étudiés ont été choisis en particulier parmi les émotifs sans troubles intellectuels; il faut y joindre cependant quelques schizoïdes. Dans ces conditions et grâce à une méthode des plus rigoureuses, dont nous ne pouvons donner ici le détail, J. a noté , au cours de l'émotion, l'alcalose, l'augmentation du chlore et de l'azote urinaire, plus irrégulièrement l'augmentation de l'ammoniaque et du calcium.

Ces réactions chimiques se retrouvaient chez deux schizoïdes bien que chez l'une d'entre elles les causes émotives aient été difficiles à mettre en évidence. Faut-il incriminer en pareil cas le caractère latent de l'émotion liée à l'autisme, ou des modifications cérébrales d'ordre anatomique ou fonctionnel? En toute sagesse J. ne se prononce pas sur ce point. M. NATHAN.

H. Roxo. ***Le traitement des délires systématisés hallucinatoires*** (*L'Encéphale*, 26e année, n° 3, Mars 1931). — Au cours d'une intéressante revue générale consacrée aux différents traitements des délires hallucinatoires, des bouffées délirantes en particulier, l'auteur préconise l'emploi du valérianate d'atropine à la dose d'un quart de milligramme en injection intraveineuse. Cette substance constitue un excellent calmant grâce à son action sur le système nerveux périphérique, sur le système autonome, le mésencéphale et le bulbe. Il attire également l'attention sur les bons offices de la *cimifuga racemosa* à la dose de 2 grammes associée ou non à la belladone, au chloral et au bromure. Il joint à ces drogues le *veratrum album* (10 centigr. par jour), le *mulungu* (2 grammes) et à la même dose l'extrait fluide de *casimora odulis*. Ces traitements médicamenteux n'excluent pas les traitements hygiéniques et, dans certaines conditions, les traitements psychothérapiques classiques des délires hallucinatoires.

M. NATHAN.

L. Coenen et **L. Mir.** ***Encéphalite périaxile diffuse; maladie de Shilder Foix*** (*L'Encéphale*, 26e année, n° 5, Mai 1931). — Après un historique complet de la question, C. et M. apportent la relation d'une observation personnelle avec autopsie. Il s'agissait d'un homme de 40 ans environ entré dans le service avec cécité gauche subite, apathie, vomissements, céphalée, raideur du bras droit, surdité gauche, insensibilité consécutive de la partie gauche du corps, névrite optique gauche puis bilatérale. La mort survint au bout de 43 jours.

Les lésions macroscopiques et microscopiques sont figurées sur une série de cinq planches parfaitement explicites. Ce que l'on note tout d'abord c'est une lésion diffuse des deux hémisphères atteignant exclusivement la substance blanche; la substance grise est complètement indemne. Dans les zones les moins atteintes, on remarque l'infiltration des vaisseaux et la dégénérescence muqueuse de l'oligodendrie. Dans les zones les plus dégénérées, la myéline, presque complètement détruite, est phagocytée par la microglie sous la forme de corps granuleux. L'oligodendrie est gonflée par places; les astrocytes sont abondants et turgescents. Les espaces périvasculaires sont remplis de corps granuleux. C. et M. pensent que les lésions portent primitivement sur l'oligodendrie, d'où modification du métabolisme lipoïdique aboutissant à la démyélinisation des fibres. Cette opinion se rapproche de celles de Levaditi, Lépine et Schoen, dont la note avait paru au moment même où C. et M. corrigeaient leurs épreuves.

M. NATHAN.

L'HYGIENE MENTALE
(Paris)

Heuyer. ***La sélection des anormaux psychiques à l'école aux Etats-Unis; le service de Child Guidance à Newark*** (*L'Hygiène Mentale*, 26e année, n° 3, Mars 1931). — Dans ce travail, H. montre à l'œuvre un groupe scolaire américain dans lequel aucun organisme ne manque pour dépister, trier et traiter les élèves anormaux. Outre les maîtres, un important personnel composé d'un psychiatre, de psychologues, de visiteuses travaillant solidairement permet de mener à bien cette importante mission.

Le psychiatre ne voit qu'un nombre restreint d'enfants, ceux que les psychologues, les maîtres, les visiteuses n'ont pu complètement débrouiller. Les psychologues, hommes et femmes, sont surtout occupés à appliquer les tests, le plus souvent des tests de Binet Simon simplifiés. Les visiteuses ont pour mission de rechercher les causes tenant aux familles, de s'entretenir avec les enfants pour leur faire comprendre l'opportunité des mesures prises à leur égard et provoquer de leur part les confidences dont le psychiatre et le pédagogue savent apprécier l'importance.

Les cas les plus délicats sont ceux des instables souvent intelligents et assez bien doués; ici autant de cas particuliers que d'enfants. Naturellement les enfants sont régulièrement visités par des médecins scolaires.

Tous ces organismes collaborent de façon intime; les réunions trihebdomadaires entre les divers services ne s'occupent que des cas difficiles et douteux. Les autres sont immédiatement résolus soit par les psychologues soit par les visiteuses suivant des directives suffisamment souples et toujours sujettes à revision.

Nous n'insistons pas sur les programmes d'études, recherches d'orientation professionnelle, sur la description détaillée des services et des locaux ni sur le rendement d'une telle œuvre, si clairement exposés dans cette remarquable étude.

M. NATHAN.

PROVINCE DENTAIRE
(Lyon)

Vichot. ***Observation d'un cas de kyste multiloculaire du sinus maxillaire*** (*Province Dentaire*, tome XVII, Mars-Avril 1931). — V. rapporte l'observation d'un homme de 33 ans qui, après plusieurs curettages, dut être opéré par le professeur Patel pour une tumeur donnant nettement l'aspect d'une grappe de raisin. Les débris des parois kystiques ne contenaient aucune malformation épithéliale embryonnaire, aucun débris épithélial.

Les tumeurs polykystiques du sinus maxillaire ne sont pas très fréquentes; elles peuvent acquérir un volume important et ont une action destructive parfois considérable.

Il y a lieu de procéder à la suppression de la totalité de la paroi antérieure du sinus avec drainage nasal.

C. RUPPE.

REVUE FRANÇAISE DE PEDIATRIE
(Strasbourg)

H. Finkelstein. ***La fièvre alimentaire [fièvre d'exsiccation]*** (*Revue française de pédiatrie*, tome VII, n° 2, 1931). — Les rapports entre l'alimentation et la fièvre ont été signalés par les écoles de John Brown et de Broussais, mais la pédiatrie moderne les a étudiés d'une façon particulièrement méthodique depuis que F., il y a 25 ans environ, a attiré l'attention sur la *fièvre alimentaire* des nourrissons.

Dans le présent mémoire, F. rappelle les différentes formes de fièvre alimentaire qu'on peut observer. Il signale en premier *la fièvre alimentaire dans les troubles digestifs aigus*, qu'il s'agisse de dyspepsies ordinaires avec déshydratation plus ou moins intense, d'infections fébriles parentérales (grippe, pyélite, vaccination, etc.), compliquées de troubles gastro-intestinaux secondaires, ou encore d'états infectieux prolongés avec ou sans symptômes gastro-intestinaux.

F. rappelle ensuite les cas de *fièvre alimentaire survenant chez des nourrissons élevés avec des laits concentrés* et surtout avec le lait sec. Il propose de les grouper sous le nom de *fièvre de concentration*.

Etudiant *la fièvre alimentaire expérimentale*, F. envisage en premier lieu la *fièvre de sucre*, puis la *fièvre des protéines*. Il cite encore la *fièvre de l'urée* provoquée par l'addition de telles quantités d'urée au lait qu'une forte diurèse s'installe, entraînant une déperdition d'eau considérable. Il signale enfin la *fièvre du chlorure de sodium*.

Passant en revue, les différentes théories invoquées pour expliquer la fièvre alimentaire, F. rappelle la théorie d'accumulation de chaleur de Heim et John; la théorie de surproduction de chaleur de Rietschel et enfin la théorie de l'exsiccation. F. se rallie à cette dernière. Selon lui, le facteur alimentaire a son importance, mais le point essentiel n'est pas l'ingestion d'aliments, mais la perte exagérée d'eau. Il souligne la modification de ses idées en proposant de remplacer la dénomination de « *fièvre alimentaire* », par celle de « fièvre d'exsiccation ».

G. SCHREIBER.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

P. Bazy et **P. Oudard.** ***Les pyuries amicrobiennes*** (*Journal d'Urologie*, tome XXXI, n° 4, Avril 1931). — Les conclusions de cet article, nourri de 14 observations, sont les suivantes.

Il existe probablement des leucocyturies ou pyu-

ries amicrobiennes permanentes avec passage intermittent de germes que nous pouvons appeler pyuries amicrobiennes intermittentes. La disparition intermittente des germes correspondrait à un processus d'auto-stérilisation, de mécanisme mal défini.

En dehors des leucocyturies amicrobiennes d'origine mécanique ou chimique, il existe des leucocyturies ou pyuries d'origine infectieuse pour lesquelles le germe ne peut être mis pratiquement en évidence, parce qu'il passe rarement dans les urines et que seules des recherches indéfiniment multipliées pourraient parvenir à le saisir. Ce germe vraisemblablement dans l'état actuel de nos connaissances, colibacille ou staphylocoque, subirait une autostérilisation comme dans le cas précédent. Peut-être aussi s'agit-il d'un germe inconnu et impossible à isoler par nos moyens actuels d'examen et de culture.

Il existe des pyuries ou leucocyturies amicrobiennes, dues à une lésion unilatérale que nous pouvons peut-être dire juxtarénale, mais plus probablement parenchymateuse, ou peut-être n'est-elle ni l'une ni l'autre. Le germe peut être banal, coli ou staphylocoque, mais un abcès tuberculeux ou une gomme syphilitique seraient à envisager.

On n'a dans le cas de pyurie amicrobienne le droit de porter le diagnostic de tuberculose rénale que lorsqu'on a fait des inoculations au cobaye et que celles-ci ont été positives. Et c'est là le point sur lequel B. et O. veulent insister : car on a fait des néphrectomies sur la simple constatation de pyuries amicrobiennes ou plutôt de pyuries dans lesquelles on ne trouvait à l'examen direct (on ne recourait pas toujours aux cultures) aucun microbe. Désormais, il faudra attendre les résultats de l'inoculation et cela est d'autant plus nécessaire que quelques-unes de ces pyuries amicrobiennes sont unilatérales, comme cela se passe souvent dans la tuberculose rénale. G. Wolfromm.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE
(Bruxelles)

De Stella. ***Faut-il généraliser la vaccination antidiphtérique ?*** (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 5e série, tome XI, n° 3, 28 Mars 1931). — Si la mortalité de la diphtérie a baissé dans la proportion de 80 à 10 pour 100, la morbidité ne semble pas avoir reculé de façon appréciable. Il faut donc multiplier les moyens prophylactiques contre la diphtérie. L'immunisation passive par sérothérapie préventive est efficace, mais ne dure que 3 semaines; elle ne pourra jamais être qu'une méthode d'urgence et sera de peu d'utilité dans la lutte contre la morbidité par diphtérie. Au contraire, la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de Ramon provoque après 3 injections une immunité active que permet de contrôler l'épreuve de Schick qui devient négative et le dosage du pouvoir antitoxique du sérum qui, chez beaucoup d'enfants vaccinés, est de 1/10 d'unité antitoxique.

La diphtérie chez les vaccinés a été signalée, mais ne semble pas atteindre 2 à 5 pour 100 de ceux-ci et est restée relativement bénigne.

L'immunité conférée par la vaccination semble porter sur 5 à 7 ans, durée qui permettra de franchir la période la plus dangereuse pour l'enfant.

Sur des centaines de millions de vaccinations, on n'a pas signalé d'accidents graves; les réactions vaccinales se bornent aux accidents banaux propres à toute injection de protéines étrangères.

Il faut accorder le bénéfice de cette vaccination à tous les sujets, surtout les enfants, vivant dans un milieu suspect; mais puisque, malgré le grand nombre de vaccinations, la morbidité par diphtérie n'a pas diminué, les mesures hygiéniques de prophylaxie doivent l'emporter sur le sérum spécifique et sur les vaccinations, dans la lutte contre la diphtérie.

La vaccination ne conférant pas en tous les cas une immunité absolue, la durée de l'immunité n'étant pas encore établie, une prophylaxie rigoureuse permettant d'éviter la diphtérie à tout sujet même réceptif, le fait que l'on possède un remède spécifique permettent de conclure que la vaccination générale ne s'impose pas encore.

Dans la discussion qui a suivi, à laquelle ont pris part MM. Haibe, Plumier, Bordet, Vernieuwe, de Beco, Malvoz, les mêmes opinions ont été émises : importance de la vaccination dans certains milieux où la diphtérie est à l'état endémique, nécessité de pratiquer une vaccination correcte et complète, inutilité de généraliser la vaccination lorsque les mesures prophylactiques suffisent à éviter le développement de la diphtérie, efficacité de la sérothérapie curative lorsque le traitement est institué à temps. MM. Vernieuwe, Bordet et Haibe se sont déclarés hostiles à l'injection prophylactique du sérum qu'ils considèrent comme une mauvaise pratique à mettre très exceptionnellement en œuvre. Robert Clément.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

V. Cavallaro et C. Murabito. ***Action hypoglycémiante et vitaminique des extraits d'urine*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 13, 30 Mars 1931). — La substance hypoglycémiante de l'urine découverte par Beste a été l'objet de nombreuses recherches parmi lesquelles celles de Kasiro Kozuka sont les plus importantes par leurs conclusions; d'après cet auteur, la substance existe en quantité variable chez les sujets normaux et manque chez les diabétiques tant que l'insuline n'a pas fait disparaître la glycosurie; la substance hypoglycémiante manque aussi chez certains sujets en apparence non diabétiques, mais dont la tolérance vis-à-vis des hydrates de carbone est diminuée et chez qui la glycosurie alimentaire apparaît facilement; on pourrait ainsi, par l'absence de la substance hypoglycémiante, dépister des diabètes encore latents.

Les résultats de C. et M. obtenus avec la même technique sont tout différents; ces auteurs n'ont pas trouvé la substance chez des diabétiques dont la glycémie était devenue normale et dont la glycosurie avait disparu par l'insulinothérapie; par contre, ils l'ont trouvée chez des glycosuriques hyperglycémiques et chez des sujets à base tolérance hydrocarbonée et à glycosurie alimentaire positive: il ne reste donc rien des règles posées par Kasiro Kozuka.

La substance hypoglycémiante de l'urine semble distincte de l'insuline car l'hypoglycémie qu'elle provoque chez le lapin n'est pas influencée par l'administration de sucre à l'inverse de celle de l'insuline. C. et M. ont noté entre elles une autre différence; Gaglio avait montré que l'avitaminose du pigeon pouvait être guérie par l'administration d'urines concentrées au bain-marie; C. et M. ont constaté que les extraits d'urines préparés avec la même technique que pour la substance hypoglycémiante avaient la même action et guérissaient le béribéri du pigeon nourri au riz mondé; au contraire, l'insuline aggrave l'avitaminose. L. Rouquès.

E. von Thurzo et A. Piroth. ***La sensation céphalique, la succussion hippocratique et le phénomène de la goutte tombante après l'encéphalographie gazeuse*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 18, 4 Mai 1931). — Les injections d'air faites par voie sous-occipitale ou lombaire, dans un but de diagnostic (25 à 30 cmc) ou de traitement (40 à 60 cmc) s'accompagnent d'une céphalée intense localisée à la région frontale, « la sensation céphalique ». Cette céphalée n'est pas due à la pénétration de l'air dans les espaces sous-arachnoïdiens mais aux variations de pression; elle diminue nettement lorsqu'on laisse l'aiguille libre de manière à ce que les pressions s'équilibrent spontanément ou lorsqu'on comprime le cou aussitôt après l'insufflation; dans ce dernier cas, la diminution est surtout appréciable si le sujet est en position assise.

La persistance de la sensation céphalique n'a aucune valeur localisatrice; tout au plus, lorsqu'elle est anormalement intense, peut-on penser à l'existence d'une tumeur. L'insufflation est suivie d'une ascension thermique qui a lieu en général au bout de cinq à six heures, plus tardivement dans la démence paralytique progressive et plus précocement dans les encéphalites et surtout dans les tumeurs.

Chez deux hydrocéphales, T. et P. ont observé, après les insufflations, un bruit de succussion perceptible à 1 m. 50 de distance lorsqu'on secouait la tête des malades; en les faisant passer de la position couchée à la position assise, après les avoir secoués, on entendait un bruit de gouttes tombantes. La succussion persistait pendant quelques jours après l'insufflation, mais cessait un jour ou deux avant la disparition radiologique de l'air. L. Rouquès.

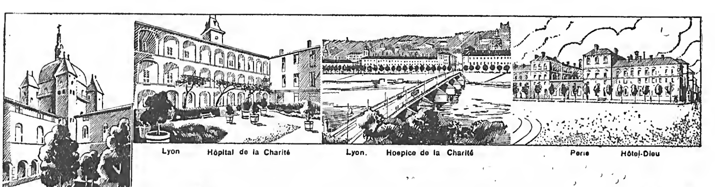
Lorenzo Bevere. ***Contribution à l'étude des pleurésies à cholestérine ; étiologie et pathogénie*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 18, 4 Mai 1931). — A propos d'un cas de pleurésie à cholestérine chez une femme de 51 ans, B. passe en revue l'histoire clinique et la pathogénie de cette affection caractérisée par la présence de cristaux de cholestérine en suspension dans l'épanchement. Du point de vue clinique il s'agit d'épanchements chroniques, abondants, ne donnant lieu qu'à un minimum de signes fonctionnels, ce qui explique leur longue latence; aucun signe ne les distingue des autres pleurésies et seul l'examen du liquide permet de les reconnaître. Le pronostic est sérieux, car l'affection semble incurable; ni les ponctions répétées, ni les insufflations d'azote, ni la pleurotomie n'ont d'action; B. a essayé la cure insulinique (cette substance augmente le pouvoir lipolytique du sérum), mais sans succès, soit parce que l'insuline ne passait pas dans la plèvre, soit parce qu'elle était incapable d'attaquer la cholestérine cristallisée.

Par inoculation au cobaye, B. a mis en évidence la nature tuberculeuse de l'exsudat, mais il s'agissait de virus filtrant, fait qui enlève beaucoup de valeur aux résultats négatifs publiés jusqu'ici qui ne concernent que la forme bacillaire de l'infection; sa malade était également syphilitique, ce qui n'est probablement pas sans importance pour la pathogénie, car la sclérose vasculaire qu'entraîne la syphilis est susceptible de diminuer la perméabilité pleurale.

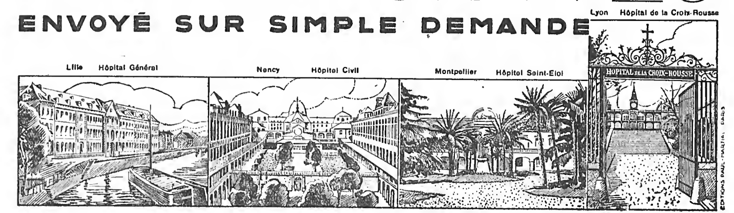
B. admet que la cholestérine de ces épanchements n'est pas d'origine sanguine et se forme sur place; d'ailleurs, dans son cas, la cholestérinémie, la courbe lipémique, le pouvoir lipolytique du sérum, la perméabilité capillaire à la cholestérine étaient normaux et l'intradermo-réaction à la cholestérine négative. La cholestérine ne se forme pas par synthèse, mais par libération de ses combinaisons; sous l'influence des ferments protéolytiques, les substances lipidiques sont mises en liberté et un ferment cholestéro-éthéro-lytique dissocie les éthers de cholestérine; d'abord en suspension colloïdale instable, la cholestérine va se précipiter facilement sous une forme cristalline; la diminution de la perméabilité pleurale, en suspendant les échanges entre le sang et l'épanchement, contribue à l'enrichissement en cholestérine; mais la condition fondamentale reste le très



Traitement de
l'OBÉSITÉ
considérée comme Maladie
par carence diastasique
par les dragées
de
COLLOÏDINE LALEUF
LITTÉRATURE _ ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
49 Avenue de la Motte-Picquet _ Paris



Lyon Hôtel-Dieu
Lyon Hôpital de la Charité
Lyon. Hospice de la Charité
Paris Hôtel-Dieu



Lyon Hôpital de la Croix-Rousse
Lille Hôpital Général
Nancy Hôpital Civil
Montpellier Hôpital Saint-Eloi
HOPITAL DE LA CROIX-ROUSSE

long séjour de l'exsudat dans la plèvre, sans qu'il s'y résorbe et sans qu'il en soit évacué par ponction. L. Rouquès.

Corradino Giacobbe. ***Potassium sanguin et tumeurs malignes*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 20, 18 Mai 1931). — G. a étudié la question encore controversée de l'augmentation du taux du potassium sanguin dans les tumeurs malignes. Il a dosé le potassium sérique par la méthode de Kramer; chez les sujets normaux, le chiffre obtenu varie entre 18 et 30 milligr. pour 100 cmc de sérum. Sur 12 malades atteints d'affections diverses non tumorales, un seul a présenté un taux de potassium supérieur à la normale; mais il s'agissait d'un cas d'ictère hémolytique et l'on sait que le potassium augmente dans le sang proportionnellement à l'importance de l'hémolyse. Sur 8 cas de tumeurs bénignes, il n'y eut qu'une fois élévation du potassium, chez un malade porteur d'un fibrolipome de la cuisse. Par contre, 24 malades atteints de tumeurs malignes ont tous présenté un taux de potassium anormalement élevé; l'élévation est surtout importante dans les tumeurs épithéliales et semble en rapport avec l'activité du développement du néoplasme; les chiffres les plus hauts s'observent dans les cas de récidives et de métastases et peuvent atteindre 59,5 milligr. Après l'ablation des tumeurs, le taux du potassium diminue et la diminution est déjà perceptible au bout de dix jours.

G. estime que le dosage du potassium sanguin est surtout important pour le pronostic, car il renseigne sur la tendance évolutive des tumeurs malignes. L. Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

B. Cavagliano. ***Le traitement de l'ankylostomiase par le chloroforme*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, tome LII, n° 14, 5 Avril 1931). — La diffusion de l'ankylostomiase dans certaines régions de l'Italie devient un véritable danger contre lequel il importe de lutter, C. a étudié les effets du mélange chloroforme-huile de ricin préconisé en 1925 par Ceresoli; le chloroforme est mélangé à l'huile dans la proportion de 6 gr. pour 30, qui est la meilleure comme la plus stable et laissant diffuser le chloroforme dans l'intestin le plus lentement. 6 observations de C. montrent que ce mélange est supérieur au thymol, à l'extrait de fougère mâle, à l'huile de chénopode et au tétrachlorure de carbone, dont l'efficacité n'est pas constante et qui ne sont pas sans contre-indications. Le mélange est accepté sans difficulté par les malades qui, après un sommeil plus ou moins long mais tranquille, peuvent être alimentés aussitôt. La désinfestation est absolument certaine après deux ou trois doses, rarement plus; l'intervalle entre chaque prise peut être réduit à 3 ou 4 jours. Cette méthode est absolument inoffensive et a été appliquée sans inconvénients à des hépatiques, des rénaux et des cardiaques. L. Rouquès.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE
(Firenze)

E. Benassi et **E. Rizzatti.** ***La spondylose rhyzomélique*** (*Rivista di patologia nervosa e mentale*. Volume XXXVIII, Année IX, fasc. 1). — Cet important mémoire de 150 pages, suivi d'une riche iconographie, ne saurait être analysé. Outre les 11 observations personnelles rapportées par les auteurs il constitue une véritable revue générale sur la question. Sous le nom de spondylose ankylosante ligamenteuse, les auteurs réunissent la forme rhizomélique typique de Pierre-Marie, et celle limitée à la colonne vertébrale telle que le syndrome décrit par Bechterew et d'autres auteurs, qui constituent une entité morbide, distincte et bien différenciable de toutes les autres affections ankylosantes du rachis.

La maladie est caractérisée par l'ossification totale ou incomplète d'une partie ou de tous les ligaments rachidiens, ainsi que des moyens d'union des articulations rhyzoméliques. Concomitamment s'observe une atrophie osseuse diffuse plus ou moins marquée et secondaire à des phénomènes de réaction périostée, spécialement au niveau du bassin. Ces processus de synostose articulaire se rencontrent avec une fréquence toute spéciale au niveau des petites articulations vertébrales et des articulations sacro-iliaques.

L'examen radiologique est indispensable pour porter le diagnostic de spondylose rhyzomélique, car il peut permettre de déceler des lésions ostéo-ligamenteuses des articulations coxo-fémorales qui passeraient entièrement inaperçues à l'examen clinique.

L'étiologie de la spondylose ankylosante est vraisemblablement polymorphe. Le rhumatisme y joue sans doute un rôle important ainsi que l'infection blennorragique. La pathogénie de l'affection est encore discutée. Pierre-Marie et Léri admettent qu'il s'agit d'une ostéopathie infectieuse ou toxi-infectieuse surtout raréfiante, et que l'ossification ligamenteuse à tendance compensatrice, frénatrice et curatrice est secondaire. Les auteurs seraient assez disposés à admettre que le rapport inverse est plus proche de la vérité. Ils insistent en outre, sans l'interpréter, sur le fait que l'affection appartient à peu près exclusivement au sexe masculin. H. Schaeffer.

Rosolino Colella. ***Influence de l'alimentation hydrique sur l'accroissement corporel et sur la genèse du goitre et de la dysfonction thyroïdienne*** (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, tome XXXVII, An IX, fasc. 2). — Des recherches expérimentales pratiquées pendant plus de deux ans sur des animaux d'espèce différente, et de l'observation de 512 cas de goitre de types divers, C. tire les conclusions suivantes

L'usage de certaines eaux depuis la naissance est susceptible de déterminer chez l'homme, comme chez certains animaux (chat, chien, rat) l'apparition d'un goitre qui peut revêtir des types cliniques divers, des troubles de la croissance, caractérisés par une diminution d'accroissement corporel, associée à une précocité de développement somatique et psychique.

Ces goitres peuvent revêtir le type du goitre exophtalmique, du goitre simple avec ou sans basedowisme secondaire. Entre ces divers types de goitre, il existe tous les intermédiaires.

Le principe actif de l'eau susceptible de déterminer ces accidents serait pour C. des germes spécifiques ou des éléments toxiques produits par des microorganismes qui agissent comme poison sur l'organisme, et surtout sur la glande thyroïde. Ils agissent peut-être en entrant en composition avec l'hormone iodique de la thyroïde.

Outre ces faits particuliers, l'auteur fait une revue générale de l'étiologie, la pathogénie, le tableau clinique, l'anatomie pathologique et le traitement des divers types de goitre. H. Schaeffer.

ARCHIVOS DE MEDICINA Y CIRUGIA Y ESPECIALIDADES
(Madrid)

C. J. Diaz, S. B. Cuenca et **J. Parrat.** ***Etudes sur l'asthme bronchique; asthme lié à l'habitation*** (*Archivos de Medica, Cirugia y Especialidades* tome XXXIV, n° 13, 28 Mars 1931). — Après un historique succinct mais fort complet, les auteurs envisagent les différents types d'asthme en rapport avec l'habitat du sujet. Les uns proviennent de la maison elle-même sans que l'on ne puisse en déterminer la cause absolue; les cuti-réactions montrent la sensibilité du sujet à la poussière de leur habitation sans que ces poussières ne contiennent un élément particulier susceptible d'être incriminé comme l'antigène. D'autres fois on peut apporter plus de précision, c'est le crin d'un meuble, la plume d'un coussin, ce sont certaines mycoses, certains parasites tels que les punaises. Les épreuves biologiques le démontrent. D'autres fois enfin lorsque le sujet y exerce sa profession ce sont des poussières amenées par son travail (farines, etc.). Les agents de la sensibilisation sont souvent des mycéliums, des pollens, des acares divers trouvés dans la poussière ou dans des farines, parfois encore le tabac ou d'autres substances mal déterminées. M. Nathan.

Alsina Domenech et **Raventos Pijoan.** ***Le rôle du tube digestif dans la concentration globulaire et dans les variations du chlore et du sodium, au cours du choc histaminique*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, tome XXXIV, n° 23, 6 Juin 1931). — On sait qu'à l'état normal l'injection intraveineuse d'histamine augmente la concentration du sang en hémoglobine, modifie peu la concentration du chlore sanguin et en revanche augmente celle du sodium. Dans une série d'expériences préliminaires D. et P. ont vérifié ces différents effets. Les courbes annexées au mémoire démontrent leur réalité.

Dans une seconde série de recherches les auteurs ont répété la même expérience en enlevant dans un cas la totalité du tube digestif, dans l'autre sa partie sous-, dans un troisième cas sa partie sus-stomacale. Voici quels furent les résultats:

Dans le premier cas la concentration globulaire n'a pas lieu. Lorsque l'estomac est laissé en place et l'intestin enlevé, la concentration hémoglobinique a encore lieu mais moins forte que dans les conditions normales. Dans le cas d'ablation totale du tube digestif, après histamine les modifications du chlore sanguin sont assez peu appréciables, de même après les ablations partielles laissant subsister l'estomac. Quant au sodium ses modifications sont peu sensibles lorsque l'on enlève tout le tube digestif. Au contraire, lorsqu'on laisse en place le seul estomac, la concentration du sodium sanguin augmente après l'injection d'histamine.

D. et P. attendaient toujours avant de faire leurs mesures que la phase hypotensive ait disparu; l'hypotension n'est donc pour rien dans les résultats obtenus. M. Nathan.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague et Vienne)

H. Lohe et **K. Blümmers.** ***Nouvelles observations sur la lymphogranulomatose inguinale*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 17, 24 Avril 1931). — La documentation clinique de L. et B. comprend 51 cas, qui concernent 47 hommes et 4 femmes. Il semble que, comme le virus du chancre mou, celui de la lymphogranulomatose inguinale intéresse moins souvent les ganglions chez la femme que chez l'homme.

L. et B. signalent la bilatéralité dans 15 observations, la tuméfaction, cliniquement appréciable, des ganglions iliaques dans 35 observations. Les manifestations génitales primaires ont pu être retrouvées assez souvent. Il s'agissait, dans 10 cas, d'érosions, dans 12 autres, d'urétrite non gonococcique, dans 2 cas, de littrites non gonococciques, constatées par l'endoscopie. En outre, 7 malades souffraient en même temps de blennorrhagie. L'association avec le chancre induré était réalisée 7 fois, avec le chancre mou 2 fois. Un malade avait une lymphangite dorsale pénienne.

Chez 16 malades, on ne retrouvait aucune lésion génitale apparente. L. et B. ont observé des éruptions cutanées dans 3 cas, dont ils apportent la relation. Le premier concerne une lymphogranulomatose inguinale fébrile, qui s'est accompagnée d'une éruption urticarienne confluente, avec quelques placards scarlatiniformes; le second est celui d'un homme, qui fit également un exanthème urticarien; dans le troisième, l'exanthème était maculo-papuleux, mais s'associait à quelques éléments urticariens fugaces. Ces observations s'ajoutent à 4 cas de Hellerström, à 3 cas de Koppel, à 2 de Kleeberg et à celui de Gaté et Michel.

L'intradermo-réaction, faite selon la méthode de Frei, en se servant comme antigène du pus de ganglions lymphogranulomateux, a donné des résultats positifs dans 49 cas sur 51. Les 2 exceptions concernent des malades dont l'intradermo-réaction n'a pu être refaite; or celle-ci n'apparaît parfois que tardivement. Chez 2 sujets qui avaient eu des bubons fistulisés, actuellement guéris, l'intradermo-réaction a été également positive. La réaction était négative chez 120 malades atteints de chancre mou, et chez 40 autres sujets atteints d'affections diverses. L'intradermo-réaction de la lymphogranulomatose a, d'après les recherches de L. et B., du moins autant de valeur spécifique que l'intradermo-réaction du chancre mou.

La réaction de déviation du complément, recherchée avec des antigènes de divers types, n'a jamais été positive.

L'examen hématologique montrait généralement une lymphocytose assez nette, qui, dans un cas, atteignait 42 pour 100.

L. et B. ont essayé la radiothérapie sans succès. Les cures de pyrifère ou de néostibosan n'ont donné que des résultats favorables peu nombreux. Le meilleur traitement paraît être la tuberculinothérapie intradermique avec des doses croissantes de vieille tuberculine. Les traitements chirurgicaux conduisent souvent à des résultats médiocres. Les formes abortives et celles qui régressent spontanément, même à la phase de ramollissement, sont loin d'être rares. J. Mouzon.

H. R. Müller. ***Recherches cliniques sur l'emploi de l'harmine dans le traitement des affections du système extrapyramidal*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 17, 24 Avril 1931). — M. a employé l'harmine chez 40 malades de la clinique de Nonne à Hambourg, tous atteints de maladie de Parkinson ou de syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques.

Il recommande d'associer l'injection sous-cutanée de 0 gr. 02 (dont l'action est plus énergique, mais transitoire, et qu'il pratique le matin), et les pilules kératinisées de 0 gr. 02, dont l'action est plus durable, et qu'il fait prendre à chacun des deux repas, à la dose de 2 à 4 par jour. Les cures sont de 3 à 4 semaines, et sont séparées par des intervalles de 2 à 7 jours. Il ne faut pas dépasser 0 gr. 04 par dose.

L'harmine n'a jamais déterminé d'aggravation ni d'accident sérieux. Dans un seul cas, il y a eu aggravation transitoire. Dans un autre, les injections étaient suivies d'une violente sensation de vertige et de nausée. Dans un 3ᵉ, une dose trop forte (0,02 en injection, et 0,04 en pilules) détermina un léger collapsus.

Par contre, des malaises légers et passagers (vertiges, bourdonnements d'oreilles) ont été souvent constatés. Un tuberculeux, un diabétique ont bien supporté le médicament : chez deux malades qui présentaient des accès de fièvre intermittente, l'harmine, efficace avant les accès et par la suite, était inactive pendant les accès.

Le résultat de l'harmine a été favorable dans 63 pour 100 des cas (très bon dans 26 pour 100, appréciable dans 37 pour 100). Le médicament restait inactif dans les 37 autres cas.

Le symptôme le plus souvent amélioré est la rigidité (29 cas); ensuite, viennent les mouvements volontaires et la marche (26 cas). L'état psychique, les spasmes oculo-moteurs, le tremblement n'ont été influencés que dans des cas isolés, l'écriture et la salivation ne l'ont presque jamais été.

L'harmine est plus efficace et provoque moins de malaises dans les syndromes post-encéphalitiques que dans la maladie de Parkinson.

Dans l'ensemble, l'efficacité de l'harmine et celle de la scopolamine sont de même ordre. Elles ont été comparées chez 28 malades. Chez 9 d'entre eux, l'harmine était supérieure; chez 8, c'était la scopolamine; chez 11 autres, les deux médicaments étaient équivalents. C'est souvent leur association qui a donné les meilleurs résultats, et cela même dans des cas où chacun d'eux isolément avait échoué.

Ces observations sont, en somme, encourageantes. Elles concordent avec celles que H. Frank et O. Schlesinger ont rapportées récemment, et qui concernaient 12 syndromes post-encéphalitiques.

J. Mouzon.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

M. Glogner. ***Tumeurs bénignes et amas cellulaires sans fonction à l'origine des tumeurs malignes chez l'homme*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, tome LII, n° 14, 4 Avril 1931). — G. soutient une théorie phylogénique du cancer selon laquelle ce dernier se développe à partir de la substance organique dont les animaux se sont formés et dans laquelle se trouvent présentes, à côté des cellules propres aux métazoaires, d'autres cellules possédant les propriétés des cellules des protozoaires : individualité cellulaire très prononcée, fécondité énorme, caractères morphologiques spéciaux tels que polymorphisme, taille, formation de vacuoles, etc. A mesure que l'organisme métazoaire se développe, cette différence entre les cellules de métazoaires et de protozoaires tendrait à créer un conflit entre les deux variétés cellulaires, entraînant une série de phénomènes pathologiques.

Toute tumeur maligne serait précédée d'un long stade de dédifférenciation cellulaire aboutissant à la cellule maligne. Or, il existe chez l'homme des amas cellulaires et des tissus où l'on peut surprendre ce processus qui mène au cancer. Ce sont d'abord des groupements de cellules tels que les nævi où l'on peut voir certaines cellules, en se dédifférenciant et acquérant les propriétés physiologiques des cellules de protozoaires, se transformer en cellules hautement malignes, origine de mélanomes et de mélanosarcomes.

Un autre exemple de cellules chez lesquelles on peut mettre en évidence des stades différents de développement est offert par certaines cellules des adénocarcinomes de l'intestin qui dérivent de polypes bénins du gros intestin, ceux-ci étant constitués de 2 sortes de cellules, les unes qui donnent des cellules bénignes, les autres qui prennent les propriétés physiologiques de la cellule du protozoaire après une dédifférenciation prolongée.

On peut en rapprocher les amas épithéliaux inclus dans les fibromyomes de l'utérus et dans la paroi de la vessie qui représentent pour G. le point de départ de transformations malignes par le même mécanisme.

On retrouverait la même dualité cellulaire et les mêmes processus pour les tumeurs qui dérivent de cellules et de tissus dont le développement s'est arrêté dans son évolution à un stade phylogénique très peu avancé (tumeurs développées aux dépens des fentes branchiales par exemple).

Le développement d'épithéliomas pavimenteux aux dépens d'épithéliums à cellules cylindriques qu'on observe au niveau du larynx, de l'estomac, de la vésicule biliaire, etc., serait dû lui-même, non à une métaplasie d'origine inflammatoire, mais à la persistance de reliquats de l'épithélium pavimenteux qui phylogéniquement a une répartition topographique beaucoup plus étendue et dont certaines cellules ont acquis les propriétés des cellules des protozoaires, et d'autant plus aisément qu'elles représentent des cellules plus primitives que les cellules cylindriques. On trouve un caractère très net d'hérédité dans certains de ces groupements cellulaires (nævi, adénocarcinomes de l'intestin) de sorte que ces cellules possèdent tous les attributs de cellules phylogéniques.

P.-L. Marie.

THE BRITISH JOURNAL of SURGERY (Londres)

J. Paterson Ross. ***Le traitement des tumeurs cérébrales par le radium*** (*The British Journal of Surgery*, tome XVIII, n° 72, Avril 1931). — Mises à part les tumeurs de l'hypophyse, les gliomes constituent 70 pour 100 des tumeurs primitives du cerveau, toujours difficiles à extirper et pour lesquelles la mortalité opératoire et post-opératoire est encore très élevée. Pour ces tumeurs, on a pu espérer que la radiothérapie ou la curiethérapie auraient plus de succès que la chirurgie.

P. R. et E. A. Carmichael se sont livrés à toute une série d'expériences chez le lapin pour observer les effets du radon et du radium bien filtré sur le tissu cérébral normal. Ils ont varié les doses et la durée d'application et sont arrivés à la conclusion que des grains de radon de 1,5 mmc filtré par 0,5 mmc de platine ou des aiguilles contenant un mmg. de radium par centimètre actif, filtré par 0,6 mm. de platine agissant pendant 7 à 14 jours, ont un effet destructif sans causer de sérieux dommages à l'écorce cérébrale du lapin. Il n'y a aucune raison de supposer que ces concentrations de radium et de radon soient plus nuisibles pour le tissu cérébral humain; mais il ne faut pas attendre du radium une action efficace sur les gliomes à cellules de type astrocyte.

Le radium ne doit pas être employé aveuglément. Comme les rayons X, il cause la congestion et le gonflement du tissu cérébral qui, s'il n'y a pas de fenêtres décompressives, peut produire des complications sérieuses, même fatales. L'opération est toujours le premier pas. On introduit ensuite une large dose de radium au centre de la tumeur et l'on fait un barrage par plusieurs petites sources de radiations tout autour de la tumeur. A la suite d'une opération décompressive, le radium peut aussi être appliqué par voie externe avec un casque de substance plastique et cette méthode paraît la plus favorable.

5 observations montrent les difficultés d'application du radium au niveau des tumeurs gliomateuses du cerveau et le peu de bénéfice retiré de ce traitement par les malades. Il est possible que d'autres cas soient plus favorables. Dans les cas de tumeur inextirpable ou mal limitée on peut essayer de prélever un fragment pour examen histologique et l'introduction des aiguilles de radium à ce qu'on croit être les confins de la tumeur ou l'application de celui-ci en surface; mais même dans ces cas et surtout dans les cas de tumeurs profondes, P. R. ne pense pas qu'il y ait beaucoup à attendre de la curiethérapie et préfère le traitement par les rayons X.

Robert Clément.

ENDOCRINOLOGY (Los Angeles)

W. R. Henderson. ***Troubles de la fonction sexuelle dans les adénomes de l'hypophyse*** (*Endocrinology*, tome XV, n° 2, Mars 1931). — Il existe 3 types de cellules dans le lobe antérieur de


ENTÉRITES, DIARRHÉES, CONSTIPATIONS, DERMATOSES,
AUTO-INTOXICATIONS
OZÈNES
BULGARINE THÉPÉNIER
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL DE BACILLES BULGARES
1° BOUILLON
4 Verres à Madère par jour
2° COMPRIMÉS
6 à 8 Comprimés par jour avant les repas
Laboratoire des Ferments du Docteur THÉPÉNIER, 10 et 12, rue Clapeyron, PARIS-8e

l'hypophyse : des cellules acidophiles, des cellules basophiles et des cellules neutrophiles ou chromophobes. Chacune de ces variétés peut être le point de départ d'adénomes. Les adénomes acidophiles s'accompagnent d'une exagération acromégalique de la croissance, regardée pendant longtemps comme témoignant d'un état d'hyperpituitarisme. Les adénomes chromophobes, le type le plus commun, sont des altérations très expansives; ils sont formés par des cellules sécrétant des hormones inconnues et déterminent des symptômes considérés comme traduisant un état d'hypopituitarisme. On a décrit des adénomes basophiles, mais qui sont de petites dimensions, tandis que les deux autres variétés peuvent atteindre un gros volume.

On sait depuis longtemps que des troubles des fonctions sexuelles, bien mis en évidence par l'aménorrhée chez la femme, sont une conséquence fréquente des adénomes les plus habituellement observés, qu'ils soient à cellules acidophiles ou à cellules chromophobes. Comme l'on croyait que ces adénomes déterminaient des états de sens opposé, il devenait difficile de comprendre leur effet similaire sur les fonctions sexuelles.

On a récemment montré expérimentalement que le lobe antérieur élabore deux hormones, l'une qui contrôle la croissance, l'autre les fonctions sexuelles, la première étant un produit des cellules acidophiles, la seconde un produit des cellules basophiles. La destruction de ces deux éléments par suite d'une blessure ou d'une maladie amène la cessation de la croissance et l'interruption du cycle sexuel dont l'ovulation est le facteur essentiel chez la femelle.

H. qui a eu l'occasion d'étudier, dans 367 cas d'adénomes hypophysaires, les troubles de la fonction sexuelle, a pu constater qu'ils ne se produisent que lorsque la selle turcique s'est considérablement élargie et qu'il n'y a aucune différence à cet égard entre les deux types communs d'adénomes. On peut donc dire que les troubles de la fonction sexuelle sont dus uniquement à la compression exercée sur les cellules basophiles par la production pathologique qui occupe la selle turcique. Ce qui contribue encore à fortifier cette opinion, c'est que la menstruation peut redevenir normale et une grossesse se produire à la suite d'une extirpation radicale de l'adénome.

P.-M. Marie.

THE JOURNAL OF ALLERGY
(Saint-Louis)

S. Berg. ***Asthmes améliorés à la suite d'une pneumonie*** (*The Journal of Allergy*, tome II, n° 1, Novembre 1930). — B. relate l'observation de 2 malades atteints d'asthme et de bronchites graves à répétition depuis 15 et 38 ans respectivement, dont l'asthme s'améliora dans une proportion énorme immédiatement après la guérison d'une pneumonie typique. Cette amélioration se maintient depuis 3 ans chez ces deux malades.

Etant donné que la seule protéine étrangère en cause dans la maladie de ces deux patients était la protéine des pneumocoques et que l'unique moyen d'influencer l'asthme, en dehors des médicaments palliatifs, est l'action des protéines, B. attribue les heureux résultats observés à la présence de la protéine microbienne et, par voie de conséquence, il admet que la réaction s'est montrée spécifique (protéine pneumococcique), sinon toute autre infection fébrile aurait produit le même résultat.

De tels faits viennent à l'appui de la théorie qui invoque des rapports étroits entre les protéines bactériennes et la forme dite bactérienne de l'asthme qui a une existence clinique bien établie. Ils montrent, de plus, que le traitement de semblables cas par les auto-vaccins a une base rationnelle.

P.-L. Marie.

B. G. Efron et **W. T. Penfound.** ***Test nasal au moyen de pollens desséchés pour diagnostiquer le rhume des foins saisonnier*** (*The Journal of Allergy*, tome II, n° 1, Novembre 1930). — Après avoir rappelé les causes d'erreur des cutiréactions, dues souvent à l'existence d'une allergie localisée, dans l'asthme des foins, E. et P. recommandent l'usage d'un test nasal, pratiqué non avec des extraits de pollens, comme l'avait fait Duke antérieurement, mais avec des pollens secs, insufflés dans les narines, méthode très logique, puisque la muqueuse nasale participe au premier chef aux manifestations allergiques de cette affection.

Ce test s'effectue en dehors de la saison de l'asthme des foins. La réaction se manifeste de quelques minutes à plusieurs heures après l'insufflation, selon le degré de sensibilité du malade. Dès que les premiers symptômes apparaissent, on lave avec soin la muqueuse nasale et l'on fait une pulvérisation d'éphédrine, ce qui fait en général avorter l'accès.

E. et P. ont soumis à cette épreuve 20 sujets atteints d'asthme des foins, 18 ont réagi positivement. Par contre, les cutiréactions se sont montrées infidèles, soit qu'elles fussent négatives, soit qu'elles fussent disproportionnées eu égard au tableau clinique.

Ce sont les pollens d'*Ambrosia* (pollens d'automne) auxquels les malades réagirent le plus souvent.

En somme, cette méthode est plus physiologique, plus spécifique et plus convaincante que toute autre pour le diagnostic de l'asthme des foins saisonnier et elle doit être préférée, malgré les inconvénients, légers d'ailleurs en général, qu'elle présente pour le patient.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL OF SYPHILIS
(Saint-Louis)

Polayes et **Lederer.** ***La transmission de la syphilis par transfusion du sang*** (*American Journal of Syphilis*, tome XV, n° 1, Janv. 1931). — Un enfant de 17 mois, atteint d'infection purulente otitique, reçoit le 10 Avril 1927 une transfusion de 150 cmc de sang, qui amena une amélioration de son état général. La mère nota qu'environ trois mois et demi après la transfusion, l'enfant présenta une éruption. Le 4 Septembre, on constata de nombreux ganglions disséminés, et une éruption de syphilides secondaires généralisées; le Wassermann était complètement positif; par contre celui des parents fut trouvé négatif. Des injections intramusculaires d'arsénobenzol amenèrent la disparition des lésions.

Les recherches faites pour identifier le donneur demeurèrent sans résultats; l'agence déclara cependant que vers cette époque un donneur fut disqualifié, parce qu'il avait un Wassermann positif.

On ne saurait trop attirer l'attention des médecins sur les dangers de transmission de la syphilis par la transfusion sanguine; depuis 1917 une douzaine d'observations ont été rapportées. Il est d'ailleurs parfois difficile de déceler la syphilis chez un donneur; car ni l'absence de signes cliniques, ni une réaction de Wassermann négative, ne permettent d'exclure la syphilis.

Les donneurs apparentés à la famille doivent subir les mêmes examens cliniques et sérologiques que les donneurs professionnels, car ceux-là sont plus fréquemment la cause d'une contamination syphilitique dans les cas publiés.

R. Burnier.

Brunstig. ***Les nodosités juxta-articulaires syphilitiques*** (*American Journal of Syphilis*, tome XV, n° 1, Janvier 1931). — B. rapporte 3 nouveaux cas qui montrent que les nodosités juxta-articulaires de Jeanselme-Lutz sont le plus souvent d'origine syphilitique.

Ces 3 malades n'avaient jamais été sous les tropiques. Tous 3 présentaient des signes évidents de syphilis et le Wassermann était chez tous positif. Chez 2 malades, il existait en outre des signes de syphilis viscérale: syphilis cardio-vasculaire dans un cas, syphilis nerveuse et cardio-vasculaire chez un autre. Dans le troisième cas, les nodosités constituaient l'unique symptôme de la maladie, mais le traitement fit disparaître les lésions avec une très grande rapidité.

L'examen microscopique des nodules montra dans 2 cas une réaction cellulaire non spécifique; dans un seul cas, on trouva des altérations microscopiques de nature syphilitique.

R. Burnier.

THE PHILIPPINE JOURNAL OF SCIENCE
(Manille)

J. S. Simmons, J. H. St. John et **F. H. K. Reynolds.** ***Recherches expérimentales sur la dengue*** (*The Philippine Journal of Science*, tome XLIV, n° 1-2, Février 1931). — La dengue, qui frappe sévèrement les soldats américains de race blanche stationnés aux Philippines, a suscité déjà de nombreuses recherches de la part des médecins militaires. Ashburn et Craig ont réussi à transmettre la maladie au moyen de la piqûre de certains moustiques, à démontrer dans le sang des malades la présence du virus qu'ils ont classé parmi les virus filtrants. Siler et Hitchens ont précisé la durée de la contagiosité des malades, le temps nécessaire au développement du virus chez les moustiques et la période pendant laquelle ils sont capables de transmettre l'infection.

Dans ce mémoire de 250 pages, S., S. et R. étudient d'abord le problème épidémiologique. Deux moustiques très communs aux Philippines, *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*, sont les vecteurs principaux du virus. Peut-être d'autres insectes, moustiques ou phlébotomes, interviennent-ils encore. La dengue présente des variations saisonnières parallèles aux changements dans le nombre des moustiques transmetteurs, nombre qui est influencé par les modifications dans les précipitations et la température. L'immunité des soldats indigènes adultes résulte vraisemblablement de leur exposition répétée à la dengue pendant l'enfance. Le virus peut se maintenir à l'état endémique, soit par l'intermédiaire des enfants indigènes susceptibles, soit par les indigènes adultes incomplètement immunisés, soit par les immigrés susceptibles, soit par les animaux susceptibles, soit peut-être par le transfert direct d'insecte infecté à insecte normal.

Les expériences de transmission faites avec *A. aegypti* ont montré que tous les lots ayant sucé le sang de sujets infectés expérimentalement pendant les 48 premières heures de la maladie se sont infectés. Un lot qui avait piqué des malades atteints depuis trois jours, se montra incapable de transmettre la dengue.

Les volontaires qui furent piqués par des *A. aegypti* ayant sucé du sang virulent 1, 3, 5, 7 et 9 jours auparavant ne furent pas contaminés, tandis que toutes les expériences où cet intervalle fut de 12 à 70 jours furent positives. Rien ne vint indiquer que l'infectiosité des moustiques allait en diminuant à la température régnant à Manille. Les expériences montrent que lorsqu'un lot de *A. aegypti* normaux ingère le virus, une forte proportion de moustiques s'infecte. De petits lots de 4 à 5 moustiques transmirent aussi régulièrement la maladie que des lots de 100 individus.

A. albopictus, répandu à Manille et dans tout l'Orient, est capable lui aussi de transmettre la dengue, ainsi que l'établissent les expériences des auteurs faites sur des soldats américains et sur le *Macacus philippinensis*. L'intervalle entre le repas

infectant et les faits de transmission positifs fut de 13 à 54 jours. La piqûre d'un seul de ces moustiques suffit à donner la maladie. *A. albopictus* est donc un important agent de transmission de la dengue.

Par contre, *Culex quinquefasciatus* (anciennement *C. fatigans*), qui avait été incriminé, se montra incapable de transmettre la dengue après avoir été nourri de 13 à 44 jours auparavant sur des malades. Un volontaire qui reçut sous la peau un filtrat de *C. quinquefasciatus* qui avait sucé du sang infecté quatre jours avant, ne contracta pas la maladie. Des *A. aegypti* normaux qui avaient été nourris avec une suspension de *C. quinquefasciatus*, 14 jours après que ceux-ci avaient ingéré du sang de malades infectés, ne furent pas capables de transmettre la dengue. Il semble donc probable que, 14 jours ou moins après que *C. quinquefasciatus* a ingéré le sang infecté, le virus périt chez ce moustique ou perd son pouvoir infectant pour l'homme ou pour les moustiques du genre *Aedes*. Si *C. quinquefasciatus* est capable de transmettre la dengue à l'homme, ce ne peut guère être que par suite du transfert mécanique du sang infectieux au cours d'un repas interrompu. En effet, les auteurs ont réussi à transmettre mécaniquement la dengue avec des *C. quinquefasciatus* et des *A. aegypti* dont ils avaient interrompu le repas infectant et qui avaient immédiatement ensuite complété leur repas sur des volontaires susceptibles. La durée de la période d'incubation chez ces volontaires oscilla entre 7 et 13 jours. Des expériences de transmission semblables où l'on n'avait utilisé qu'un nombre restreint de moustiques restèrent négatives. Il est donc probable que ce mode mécanique de contamination se réalise rarement dans la nature.

Le virus de la dengue ne semble pas se transmettre à partir des moustiques femelles infectés par l'intermédiaire de leurs œufs.

Les expériences faites pour infecter directement les larves de *A. aegypti* avec de l'eau contenant de la macération de moustiques adultes infectés furent également négatives. Mais il se peut que, dans certains conditions, le virus ingéré par les larves avec l'eau puisse survivre assez longtemps pour produire leur infection.

Les *Aedes* normaux ne semblent pas pouvoir se contaminer en absorbant de l'eau ou des aliments ayant servi auparavant à des moustiques infectés. Par contre, on réussit à les contaminer en les nourrissant avec des moustiques infectés macérés et mis en suspension dans du sang normal. On peut ainsi obtenir des passages avec le virus de la dengue de moustique à moustique. Plus de 7 jours doivent s'écouler avant que les moustiques ayant ingéré le virus puissent infecter l'homme.

Toutes les tentatives faites pour mettre le virus en évidence au moyen du microscope ou des cultures échouèrent complètement. Les *A. aegypti* nourris sur les milieux ensemencés se montrèrent incapables de transmettre la dengue à l'homme, ce qui indique l'absence de développement du virus dans les cultures.

Le virus ne se conserve pas à l'état infectieux au delà de 4 jours chez les moustiques desséchés et maintenus à 18°, pas plus que dans le sang des sujets infectés prélevé le premier jour de la maladie et maintenu à 18°.

Les expériences de filtrabilité sur bougies en terre d'infusoires ont donné des résultats assez variables. Le virus a pu traverser la bougie Berkefeld V dans 3 expériences.

Les auteurs tracent ensuite le tableau clinique de la dengue expérimentale qu'on peut résumer ainsi : fièvre de 5 jours, début subit avec frissons dans plus de la moitié des cas, douleurs périorbitaires et lombaires dans 90 pour 100 des cas, douleurs dans les membres et les articulations dans 60 pour 100 des cas, adénopathies dans 47 pour 100 des cas, perversions du goût chez 65 pour 100 des malades, exanthème primaire chez 39 pour 100 et secondaire chez 69 pour 100, enfin leucopénie précoce constante et marquée, portant à la fois sur les lymphocytes et les granulocytes qui sont altérés, avec déviation à gauche de l'image d'Arneth, importante pour le diagnostic précoce. Les passages successifs n'altèrent pas la virulence de l'agent pathogène. Le nombre des moustiques contaminateurs n'influe pas sur le caractère de la maladie.

La question de l'immunité conférée par la dengue a été l'objet de recherches cliniques et expérimentales approfondies. Les indigènes adultes et les singes habitant les zones endémiques sont solidement immunisés, et ceux des autres régions très sensibles à la maladie, de même que les blancs. Bien qu'il soit courant de dire qu'un même sujet peut avoir plusieurs attaques de dengue en quelques années, les observations faites à l'hôpital semblent contredire cette opinion ; de même le fait que les volontaires réinoculés au bout d'un temps allant de 15 jours à 2 ans et demi ne contractèrent pas à nouveau la dengue indique que l'immunité est plus forte et plus persistante qu'on ne l'a dit. Il n'a pas été possible de mettre en évidence des anticorps dans le sang des malades et des sujets guéris.

Les diverses expériences de vaccination (filtrats de macération de moustiques infectés, sang congelé et desséché de malades, etc.) ont donné des résultats négatifs, mais ces recherches méritent d'être poursuivies.

La dengue ne semble pas transmissible à la poule, au cobaye ni au lapin, mais d'autres expériences sont encore nécessaires. Par contre, elle peut être transmise à certaines espèces de singes (*Macacus fuscatus* et *M. Philippinensis*), sans donner lieu à des signes cliniques ou hématologiques manifestes bien que le virus se multiplie dans le sang, comme le montre la possibilité d'obtenir des passages et d'infecter d'autres singes ou des sujets humains. Ces observations indiquent que les singes sont capables d'intervenir dans la dissémination et la persistance du virus dans les zones d'endémie.

P.-L. Marie.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

B. Wahlin. ***L'action toxique de l'huile de foie de morue sur l'organisme*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXIV, n° 5, 20 Mars 1931). — Agduhr a déjà montré que chez l'animal l'huile de foie de morue peut causer des lésions organiques. W. a repris ces expériences. Il a donné quotidiennement à des cobayes, soumis par ailleurs à un régime bien équilibré, une quantité variable d'huile de foie de morue, mais d'ordinaire minime, allant de 0 cmc 1 à 5 cmc par kilogramme de poids, cette dose restant la même pendant toute la durée de l'expérience.

Le poids des animaux augmenta moins que celui des témoins, mais les variations de la courbe pondérale ne permettent pas de tirer de conclusions nettes quant à l'intensité des lésions organiques.

Celles-ci, chez le cobaye, atteignent surtout les muscles striés, muscles du squelette et myocarde, qui présentent différentes sortes de lésions dégénératives, dégénérescence hyaline, graisseuse, calcaire, etc. Du côté des autres organes, si l'on néglige les modifications légères du foie et des surrénales, seul le squelette offre des aspects pathologiques manifestes et intéressants. On trouve en particulier, quand l'huile a été donnée pendant 6 mois, une décalcification locale sous-épiphysaire des tibias que György a déjà décrite chez les rats ayant reçu des doses excessives de vitamine D et très différentes par son siège et ses caractères des altérations rachitiques. Mais jamais W. n'a trouvé, ni du côté des os, ni du côté des dents, les lésions scorbutiques que Mouriquand a signalées chez tous ses animaux qui recevaient de l'huile de foie de morue, ce qui doit être dû à un déficit de leur régime en vitamine C. Dans les expériences de W. c'est bien l'huile seule, et non un régime carencé, qui a causé les lésions observées dans les divers organes.

P.-L. Marie.

C. Holten et **P. B. Rehberg.** ***Recherches sur la fonction rénale dans les affections du rein, et en particulier dans le mal de Bright*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXIV, n° 5, Mars 1931). — On admet aujourd'hui que l'urine est le produit d'une sécrétion de la cellule rénale, mais les opinions divergent sur la nature de l'activité de cette cellule. Certains soutiennent que, soit par filtration, soit par sécrétion, une certaine quantité de liquide est excrétée par les glomérules, quantité qui est égale à celle de l'urine, les différentes substances de l'urine étant ajoutées lors de son passage à travers les tubuli. D'autres, au contraire, avec Cushny, estiment que la quantité de liquide filtrée par les glomérules dépasse de beaucoup celle de l'urine, le filtrat étant ensuite concentré et modifié par réabsorption d'eau et d'autres substances durant son passage dans les tubuli.

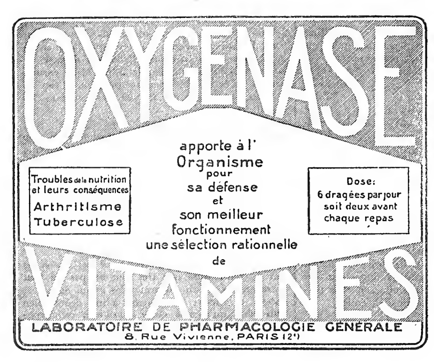
Modifiant cette théorie moderne, H. et R. soutiennent qu'il se produit dans les glomérules une ultrafiltration d'où résulte un liquide ayant même composition que le plasma, mais privé de colloïdes. Ce filtrat est ensuite concentré dans les tubuli par réabsorption active d'eau et des substances à seuil et par passage par diffusion vers le sang (rétrodiffusion) des substances dépourvues de seuil, passage contrôlé par la perméabilité des cellules des tubuli pour chacune des substances en question.

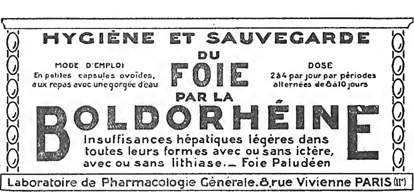
Ayant constaté que la créatinine est un corps qui ne rétrodiffuse que très peu ou pas du tout à travers les tubuli imperméables à son égard, et qu'elle se trouve concentrée à un degré bien plus élevé qu'aucune autre substance, cette concentration se produisant dans la même mesure que l'eau est réabsorbée dans les tubuli, H. et R. sont arrivés à calculer la quantité de liquide filtrée par unité de temps au niveau des glomérules en déterminant simultanément la concentration de la créatinine dans le plasma et dans l'urine, la quantité d'urine éliminée par unité de temps étant connue. Ils montrent que, pour qu'on puisse expliquer l'excrétion de la créatinine, il faut que la quantité de filtrat soit très élevée et atteigne 100 à 150 cmc par minute, ce qui est pratiquement possible.

H. et R. sont ainsi arrivés à élaborer une méthode basée sur la créatininurie provoquée qui permet d'évaluer la filtration en mesurant la quantité de sang qui est débarrassée de créatinine par minute. Cette filtration dépasse 100 cmc par minute chez les sujets sains.

La quantité de filtrat dépend de différents facteurs, par exemple de l'attitude debout ou en décubitus. Ces variations semblent devoir être attribuées aux modifications du taux des protéines du sang. A l'état pathologique, la quantité de filtrat peut varier du fait des altérations soit des glomérules, soit des tubuli, qui amènent une diminution de la réabsorption de l'eau par les tubuli, la pression dans la capsule des glomérules se trouvant accrue.

Tandis qu'il ne peut se produire que des changements qualitatifs dans le fonctionnement des glomérules, ceux qui surviennent dans les tubuli peuvent être quantitatifs, d'où traitement anormal du filtrat. Une des fonctions principales des tubuli est la réabsorption de l'eau que la détermination du pouvoir de concentration au moyen de l'épreuve de Volhard permet le mieux d'étudier. D'autre part, la perméabilité des parois des tubuli pour


OXYGENASE
apporte à l' Organisme pour sa défense et son meilleur fonctionnement une sélection rationnelle de
Troubles de la nutrition et leurs conséquences
Arthritisme
Tuberculose
Dose: 6 dragées par jour soit deux avant chaque repas
VITAMINES
LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
8. Rue Vivienne. PARIS (2e)


HYGIÈNE ET SAUVEGARDE DU FOIE PAR LA
MODE D'EMPLOI
En petites capsules ovoïdes, aux repas avec une gorgée d'eau
DOSE
2 à 4 par jour par périodes alternées de 8 à 10 jours
BOLDORHÉINE
Insuffisances hépatiques légères dans toutes leurs formes avec ou sans ictère, avec ou sans lithiase.— Foie Paludéen
Laboratoire de Pharmacologie Générale.8,rue Vivienne PARIS (IIe)


ALZINE
ASTHME
EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES
Cas aigus : 4 à 5 pilules par jour pendant 5 jours.
Dose préventive : 2 pilules par jour pendant 15 jours.
ANTISPASMODIQUE PUISSANT - SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX
DIUROBROMINE
ALBUMINURIE
ASCITES - PLEURÉSIE
Dose diurogène : 3 à 4 cachets par jour pendant 5 jours.
Dose diurotonique : 1 à 2 cachets par jour pendant 10 jours
CONTRE TOUTES LES INSUFFISANCES RÉNALES
DIUROCARDINE
CARDIOPATHIES
NÉPHROPATHIES - PNEUMOPATHIES
Dose forte : 2 à 3 cachets par jour pendant 10 jours
Dose cardiotonique : 1 cachet par jour pendant 20 jours.
ACTION IMMÉDIATE - TOLÉRANCE ABSOLUE
DIUROCYSTINE
CYSTITES - URÉTHRITES
GOUTTE - RHUMATISMES
Cas aigus : 5 cachets par jour pendant 6 jours.
Cure de diurèse : 2 cachets par jour pendant 15 jours.
DIURASEPTIQUE - ANTIARTHRITIQUE
LABORATOIRES L. BOIZE ET G. ALLIOT
9. AVENUE JEAN JAURÈS LYON 7e

l'urée, qui est en pratique la plus importante des diverses perméabilités, est mesurée en déterminant le pourcentage de l'urée excrétée par l'urine, quantité qui est très variable pour différentes raisons qu'indiquent les auteurs.

Quant au difficile problème des substances à seuil, H. et R. se contentent de l'effleurer. Toutefois, il paraît certain que dans les diverses variétés de néphrite une réabsorption de chlorures anormalement élevée peut se produire tout aussi bien qu'une réabsorption anormalement petite.

H. et R. discutent successivement les divers tests de la fonction rénale, et particulièrement celui de Volhard, dans lequel la concentration maximum fournit le meilleur critère de la réabsorption de l'eau par les tubuli, une de leurs fonctions capitales. Les résultats de cette épreuve et la mesure de la filtration par le test de la créatininurie provoquée concordent bien entre eux d'une façon générale. Passant à l'épreuve de l'élimination uréique de Van Slyke, H. et R. en discutent les résultats. Ceux-ci prouvent que l'excrétion de l'urée dépend de la diurèse quand celle-ci est inférieure à 2 cmc par minute, mais que son influence cesse lorsque ce taux est dépassé. La théorie de la filtration-réabsorption adoptée par H. et R. permet de bien expliquer ce phénomène.

Les auteurs envisagent ensuite à la lumière de leur théorie les divers symptômes du mal de Bright.

L'hypo et l'isosthénurie sont attribuables à une diminution de la réabsorption de l'eau au niveau des tubuli et sont toujours les précurseurs de la polyurie. Celle-ci se montre quand le taux d'urée, des chlorures, etc. du filtrat glomérulaire devient si élevé que la limite osmotique pour l'absorption de l'eau par les tubuli se trouve rapidement atteinte. Il est fort probable que l'hypo et l'isosthénurie sont dues à une insuffisance du pouvoir des tubuli de réabsorber l'eau, et non pas seulement au passage rapide du filtrat, mais cela n'empêche pas qu'une augmentation de la pression de filtration puisse aussi être une cause adjuvante de la polyurie. Cette dernière peut cesser si l'urée excrétée, et conséquemment le taux de l'urée du filtrat, viennent à diminuer, la pression osmotique du filtrat qui suspend la réabsorption de l'eau décroissant de cette façon. L'hyposthénurie persiste.

H. et R. discutent ensuite les rapports entre l'urémie chronique vraie d'une part et la quantité de protéines du régime, le taux de la filtration et la rétro-diffusion de l'urée au niveau des tubuli, c'est-à-dire le pourcentage de l'excrétion de l'urée d'autre part. Ils montrent par des exemples que les symptômes urémiques disparaissent rapidement quand la filtration se maintient relativement bonne, lentement quand elle est médiocre et qu'ils persistent quand elle est très diminuée. L'azotémie peut être modifiée par le régime, et d'autant plus que la filtration est meilleure. La valeur pronostique de l'épreuve de la créatininurie provoquée est considérable en pareil cas.

P.-L. Marie.

S. Petri. *Deux cas de leucémie aiguë dans la même famille* (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXIV, n° 6, 15 Avril 1931). — P. rapporte l'observation de deux frères, habitant la même région, mais non ensemble, qui furent atteints presque simultanément, à l'âge de 51 et de 53 ans, de leucémie lymphoïde chronique typique, mais assez différente dans ses manifestations chez les deux malades qui réagirent bien tous deux au traitement: radiothérapie chez l'un, arsénothérapie chez l'autre.

A ce propos, P. a rassemblé 33 observations de leucémie familiale dont 15 seulement sont utilisables, 12 étant des cas typiques de leucémie aiguë ou chronique, les 3 autres des cas de leucémie associée à des ostéosarcomes ou à de l'anémie pernicieuse. Il a cherché à préciser le rôle de l'hérédité et de l'infection dans ces cas familiaux. L'enquête très détaillée qu'il a faite dans la famille de ses malades montre qu'il s'est agi d'un phénomène tout à fait isolé chez ses deux patients. Ni cette enquête ni l'étude des cas déjà publiés ne permettent d'invoquer avec certitude l'intervention d'un facteur héréditaire ou infectieux.

P.-L. Marie.

E. Melkersson. *Pathogénie du torticolis spasmodique* (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXV, n° 1, 28 Avril 1931). — Considéré jadis comme d'origine purement fonctionnelle, le torticolis spasmodique semble bien relever de lésions organiques. Pierre Marie et Léri ont signalé les altérations radiologiques des vertèbres cervicales. Barré fait jouer un grand rôle dans la pathogénie aux déformations des vertèbres cervicales, surtout des 4 premières, et de leurs articulations. Dans ses 6 cas il existait une arthrite cervicale haute. Léri a soutenu, en s'appuyant sur les constatations radiologiques, qu'il s'agissait là de lésions vertébrales primitives, et non secondaires au spasme.

M. relate 5 cas de torticolis spasmodique qui tous présentaient des altérations radiologiques des vertèbres cervicales. A propos de chacun de ces cas il étudie la signification de ces modifications et en arrive à conclure qu'elles sont très vraisemblablement secondaires et produites par le torticolis.

Ces cas concernent 3 hommes et 2 femmes; 4 des patients avaient de 26 à 30 ans, le cinquième avait 52 ans. Chez tous il existait des signes d'une affection cérébrale; 4 avaient des symptômes extrapyramidaux. Tous les malades présentaient des déformations des corps vertébraux se traduisant par des ostéophytes siégeant sur les vertèbres de C III à C VII; il s'agit là de déformations relevant du type « primitif » de Léri. Dans aucun de ces cas M. n'a trouvé de déformations pouvant être considérées comme secondaires d'après la description de Léri. Chez un malade seulement se rencontraient des déformations en dehors de la colonne cervicale. Dans aucun cas il n'existait de modifications des deux premières vertèbres cervicales ni d'arthrite cervicale. La radiographie fut pratiquée dans un cas un mois après le début de l'affection, dans un autre deux et dix mois après. Dans le reste des cas elle n'eut lieu qu'au bout d'un an au moins. Dans le premier cas les déformations constatées étaient très minimes, à peine une ébauche de dépôts ostéophytiques. Dans le second, toute modification faisait défaut au premier examen; elles ne se montrèrent qu'aux examens suivants, le premier de ceux-ci ayant été fait dix mois après le début, et allèrent en progressant.

Toutes ces circonstances indiqueraient pour M. que les altérations vertébrales ne sont que des manifestations secondaires au torticolis, et relevant selon lui d'une affection cérébrale, et vraisemblablement extrapyramidale. Parmi ses 6 malades il y en avait 4, en effet, qui avaient des symptômes extrapyramidaux, en particulier une réaction myodystonique, et, en outre, chez l'un des deux autres patients, cette réaction était ébauchée.

P.-L. Marie.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

(Varsovie)

J. Dretler. *Des troubles combinés post-encéphaliques (psychomoteurs) et du métabolisme* (*Polska Gazeta Lekarska*, tome X, n° 12, du 22 Mars et n° 13 du 19 Mars 1931). — D. rapporte l'observation d'une petite fille qu'il suit depuis plusieurs années et qui est atteinte d'une encéphalite épidémique, de troubles moteurs, de troubles psychiques et de troubles du métabolisme (surtout des échanges hydriques). Les antécédents psychopathiques familiaux de l'enfant sont très chargés.

La tableau psychique de la malade est constitué par deux états différents qui se succèdent suivant les alternatives des phases d'excitation motrice. Les troubles psychiques sont apparus plusieurs mois après les anomalies motrices. Les antécédents héréditaires de la malade doivent être pris en considération, mais il est difficile de déterminer la part qui leur revient. Les désordres dans la sphère motrice sont très multiples et variés, au point qu'il n'est pas possible de dire s'ils constituent une forme nouvelle ou une association de troubles moteurs multiples.

En plus de ces manifestations pathologiques l'enfant présente des signes manifestes de diabète insipide. L'étude du métabolisme révèle l'intégrité du rein et des irrégularités dans les fonctions hépatiques. Il semble que le diabète insipide présenté par la malade soit hyperchlorémique par rapport au NaCl; mais il a les caractères hypochlorémiques dans les autres épreuves. Il est à souligner également dans ce cas l'inversion du rapport des albumines dans le sérum sanguin et des variations très considérables dans la teneur en potassium.

Quel est à ce point de vue le rôle du système nerveux central, étant donné que la localisation précise des centres du métabolisme n'est pas possible? D'autre part on voit que le coefficient lipocytique (cholestérine, acides gras) qui joue un rôle important dans l'hydrophilie des tissus dépend pour une large part du foie. D'autre part, de nombreux travaux attestent de l'existence des troubles hépatiques au cours des affections cérébrales. Il semble que, dans ce cas particulier, les troubles du métabolisme hydrique ne peuvent pas être rapportés aux modifications pathologiques du système nerveux central.

Fribourg-Blanc.

ACTA DERMATOLOGICA

(Kioto)

Katayama. *L'érythrodermie desquamative et sa pathogénie* (*Acta dermatologica*, tome XVII, fasc. 3, Mars 1931). — L'érythrodermie desquamative de Leiner s'observe surtout chez les enfants au sein. En général, la mère ne présente aucun symptôme d'avitaminose, tel que le béribéri ou le xérosis. L'érythrodermie survient aussi bien dans les familles aisées que dans les familles pauvres.

On a rapporté des cas d'érythrodermie accompagnée de kératomalacie et de xérosis. Ces cas survinrent surtout dans les années qui suivirent la guerre (1919-1925), en raison des mauvaises conditions de nourriture; la mortalité s'éleva à 88,5 pour 100.

Au Japon, des cas analogues n'ont pas été observés et K. ne pense pas que l'érythrodermie soit en rapport avec une avitaminose; il rejette également les théories de l'infection, de l'hypersensibilisation et de la tuberculose. A son avis l'infection intestinale joue un grand rôle dans la genèse de l'érythrodermie.

Celle-ci est presque toujours précédée de prodromes: vomissements et diarrhée et l'amélioration des lésions cutanées coïncide avec l'amélioration des troubles intestinaux. Le sang montre une anémie, une leucocytose, surtout polynucléaire, une poïkilocytose et une anisocytose, mais pas d'éosinophilie. Ces symptômes correspondent à ceux d'une intoxication alimentaire ou à une intoxication par le calomel.

R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

M. Sendrail et J. Barthet. ***Sur l'identification clinique des tumeurs primitives du ventricule latéral*** (*Paris Médical*, tome XXI, n° 19, 9 Mai 1931). — S. et B. rapportent l'observation d'un ouvrier fondeur de 32 ans chez qui une diplopie, par parésie du droit supérieur droit, un hémisyndrome bradycinétique et hypertonique discret, l'obtusion intellectuelle sans trouble grossier de la mémoire, firent songer à la possibilité d'une tumeur cérébrale, malgré l'absence de stase papillaire et d'hypertension rachidienne, sauf les derniers jours. L'autopsie montra un gliome pur à petites cellules constituant une tumeur villeuse, molle, violacée, obstruant la majeure partie du ventricule latéral.

On a pu admettre que les tumeurs du ventricule latéral s'y caractérisent principalement, entre toutes les tumeurs à localisation haute, par des anomalies du syndrome tensionnel. Mais, parfois, l'effet de masse de la tumeur est compensée par l'hypochoroïdorrhée.

Si la constatation d'anomalies du syndrome tensionnel, liée à l'inhibition de la fonction sécrétoire choroïdienne, semble un fait clinique et physio-pathologique de grande importance, de tels troubles ne constituent pas des stigmates constants de l'envahissement ventriculaire par le processus humoral et ne permettent que de simples présomptions. Ce sont les seuls éléments que doivent retenir une bonne séméiologie ventriculaire, mais leur valeur est limitée.

Lorsque la clinique pure ne permet pas sur le vivant la localisation d'une tumeur du ventricule latéral, on pourra s'adresser aux méthodes d'exploration ventriculaire: examen du liquide ventriculaire prélevé par trépano-ponction et surtout ventriculographie gazeuse.

Robert Clément.

P. Carnot. ***Les symphyses vésiculo-duodénales*** (*Paris Médical*, tome XXI, n° 20, 16 Mai 1931). — A propos de 3 malades de son service chez qui les constatations cliniques et radiologiques ont été vérifiées par l'opération, C. étudie le syndrome des dyspepsies biliaires provoquées le plus souvent par une symphyse vésiculo-duodénale à point de départ vésiculaire comme dans 2 des cas rapportés, ou par la symphyse duodéno-vésiculaire à point de départ duodénal comme chez le 3e malade.

Le syndrome clinique des dyspepsies biliaires est très protéiforme, variable non seulement d'un sujet à l'autre, mais très souvent chez le même sujet. Parfois, on a affaire au tableau clinique de la dyspepsie flatulente ou à celui de la dyspepsie hyperacide; d'autres fois, sont surtout en évidence les troubles du transit: spasmes œsophago-cardiaques, spasmes médio-gastriques, syndrome pylorique ou sous-pylorique tardif. Le syndrome douloureux ou le syndrome hémorragique peuvent occuper eux aussi la première place; quelquefois enfin, il y a un syndrome lithiasique.

Le diagnostic doit systématiquement rechercher la participation simultanée de la vésicule et du duodénum.

L'examen radiologique montre, lui aussi, des signes doubles gastro-duodénaux d'une part et hépato-biliaires d'autre part. Le déplacement du pylore et du duodénum vers le haut, la déformation des différents segments pyloro-duodénaux sont les signes capitaux.

Le traitement est en grande partie d'ordre chirurgical: libération des adhérences, ablation de la vésicule et de calculs, péritonisation parfaite de la plaie opératoire, drainage minutieux de la cavité opératoire. Dans 2 des cas rapportés, la symphyse péri-duodénale a récidivé et s'est étendue après l'opération. Pour « ces laissés-pour-comptes de la chirurgie », on tentera un traitement médical: diathermie, rayons U. V., cinnamate de benzyle, gymnastique et mobilisation graduelle. Les symphyses duodéno-vésiculaires sont difficiles à traiter et les résultats souvent inconstants et passagers.

Robert Clément.

M. Chiray et P. Amy. ***Valeur thérapeutique du drainage médical biliaire dans la congestion passive du foie (foie cardiaque)*** (*Paris Médical*, tome XXI, n° 20, 16 Mai 1931). — En surexcitant la fonction sécrétoire et excrétoire de la bile, on peut réveiller l'activité cellulaire hépatique dans ses diverses modalités et agir indirectement sur les causes qui créent et surtout prolongent la congestion asystolique du foie.

Le drainage médical pratiqué en série paraît aussi efficace que la purgation gastrique et n'a pas les inconvénients de celle-ci lorsqu'on est obligé de la répéter. On peut en outre poursuivre la médication classique.

Le drainage, souvent assez difficile chez ces malades en général dyspnéiques et angoissés, est facilité par l'administration de calmants généraux et de sédatifs nerveux. Il est indispensable que la solution de sulfate de magnésie soit chaude pour éviter la sensation pénible de froid intérieur, quelquefois cause de malaises, de nausées ou de tendance syncopale. Pour donner son plein effet, le drainage doit être prolongé pendant près de deux heures.

Dans tous les examens pratiqués chez les cardiaques radico-systoliques, on constate une atonie musculaire nette qui disparaît à la suite de cure de drainage médical. La diminution ou la disparition de l'ictère ou subictère, l'éclaircissement des urines, le retour de leur volume à la normale, la réapparition de l'appétit permettent d'admettre une réelle amélioration du fonctionnement hépatique; mais le foie reste volumineux et douloureux. L'amélioration des fonctions digestives est également constante et permet d'élargir l'alimentation des malades; la constipation est définitivement enrayée. L'amélioration de l'état général est probablement due à la soustraction d'éléments biliaires dont on connaît les effets toxiques et déprimants de certains éléments minéraux et aussi à l'action excitante sur le fonctionnement hépatique.

5 observations viennent montrer les bons effets de la méthode de Meltzer et Lyon, comme médication adjuvante dans les cardiopathies mal tolérées.

Robert Clément.

A. Brouha. ***Nouveau procédé de diagnostic biologique de la grossesse*** (*Paris Médical*, tome XXI, n° 21, 23 Mai 1930). — Depuis que Zondek et Ascheim ont montré que l'urine de femme enceinte renferme un principe doué d'une action biologique comparable à celle de l'hormone antéhypophysaire, on a utilisé la mise en évidence de cette hormone comme moyen de diagnostic précoce de la gravidité.

B. a cherché à simplifier les techniques usitées jusqu'à présent. Elle emploie des lapines de 3 mois dont les ovaires présentent des follicules de Graaf, moyennement développés et jamais trace de follicules hémorragiques. Elle injecte dans la veine marginale de l'oreille, avec une extrême lenteur, 5 cmc environ de la première urine du matin filtrée sur bougie et conservée à la glacière. Les ovaires sont examinés 24 heures après l'injection. Si la réaction est négative, leur aspect est tout à fait normal; si elle est positive, on voit bomber à la surface un ou plusieurs follicules hémorragiques.

110 expériences ont donné un résultat positif dans 52 cas de grossesses normales certaines ou confirmées par la suite. Un certain nombre d'urines provenaient de femmes enceintes de moins de 2 mois; dans un cas, la réaction a été positive 24 heures après la première menstruation manquante.

Le diagnostic a été également positif dans les cas où la grossesse a été compliquée de fibrome ou de kyste, dans 2 cas de grossesse tubaire rompue récemment, dans 2 cas de môle hydatique.

Au cours du post-partum, la réaction des urines est devenue négative le 3e jour.

Dans tous les cas où il n'y a pas grossesse, le résultat a été négatif.

La méthode préconisée présente l'avantage de ne nécessiter qu'un seul animal, de ne nécessiter qu'une seule injection; la réaction est macroscopique et de lecture extrêmement facile; la réponse est obtenue très rapidement, parfois 15 heures, en général 24 heures, exceptionnellement 48 heures après. Si la constance et la spécificité de cette épreuve biologique de la grossesse se confirment, elle présentera un réel progrès et rendra de nombreux services.

Robert Clément.

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

L. Babonneix. ***Encéphalites aiguës infantiles*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIV, n° 45, 6 Juin 1931). — Dans cette conférence, B. rapporte 2 observations d'encéphalite léthargique aiguë à type choréique, un cas d'hémiparésie gauche avec céphalée et diplopie chez un jeune homme de 20 ans, un cas d'hémiparesthésie gauche chez un enfant de 14 ans, qui semblent pouvoir être rapportés tous 2 à l'encéphalite épidémique; 3 observations de syndrome post-encéphalitique, un syndrome d'excitation nocturne et 2 caractérisés par des troubles psychiques.

Une observation d'encéphalite post-rubéolique, 2 observations d'encéphalite post-vaccinale, 3 d'encéphalite post-varicellique, 1 d'encéphalite herpétique montrent l'existence indubitable d'encéphalites aiguës à la suite de fièvres éruptives.

L'observation suivante est celle d'un enfant de 5 ans atteint d'acrodynie avec crises d'épilepsie bravais-jacksonienne et sialorrhée abondante qui lui font discuter l'association d'encéphalite aiguë et d'acrodynie.

La survenue brusque d'une hémiplégie avec respiration de Cheynes-Stokes et ictère au cours de vomissements avec acétonémie aboutissant à la mort ne permettent pas d'envisager avec certitude la nature des accidents cérébraux et de les rapporter à une encéphalite aiguë.

B. rapporte ensuite quelques observations d'encéphalites aiguës d'origine indéterminée, laissant après elles des séquelles plus ou moins graves. Les caractères de ces affections, leur évolution, l'absence de déterminations viscérales, l'absence d'antécédents et de stigmates hérédo-syphilitiques donnent à penser qu'il s'agit d'infection à virus neurotrope, mais il est impossible d'aller plus avant dans la voie du diagnostic, toutes les recherches étiologiques ou expérimentales restent négatives. Il en est de même des observations rapportées d'« ataxie aiguë ».

Les encéphalites aiguës (le terme étant pris dans

son sens le plus large) semblent beaucoup plus fréquentes depuis la guerre, leur nature reste encore inconnue. Si certaines semblent succéder à une infection déterminée, varicelle, vaccine, rougeole ou à une infection locale comme une sinusite, pour d'autres, on ne trouve aucune donnée étiologique précise. Le diagnostic est souvent très délicat, il s'agit souvent d'enfants très jeunes et les relations qui existent entre l'encéphalite léthargique, l'ataxie aiguë, la sclérose en plaques aiguë sont encore mal définies.

Robert Clément.

P. Sée. *Les phénomènes d'intolérance à la quinine* (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIV, n° 48, 17 Juin 1931). — Certains sujets présentent une sensibilité particulière à la quinine. On en pourrait citer de nombreuses observations.

On peut ranger les symptômes d'intolérance quinique en 2 catégories:

Les premiers peuvent être considérés comme des phénomènes d'intoxication propre à la quinine, c'est-à-dire qu'ils se manifestent sur les organes où la quinine exerce normalement son action: ce sont les accidents oculaires, particulièrement l'amblyopie, la surdité et les bourdonnements d'oreilles, les vertiges, la dépression myocardique ou vasculaire, enfin l'action de la quinine sur l'utérus.

Les signes de la deuxième catégorie sont au contraire d'ordre banal : ce sont les érythèmes, l'urticaire, les hémorragies cutanées, les troubles digestifs, l'asthme, la dyspnée, les états d'asphyxie avec troubles vaso-moteurs et refroidissement. La symptomatologie est banale, elle n'a rien de spécial à la quinine, elle se rapproche de ce qu'on observe dans les états de sensibilité anaphylactique ou allergique. L'idiosyncrasie clinique offre cette particularité de ne se manifester que lorsqu'on prend le médicament par voie digestive. Il est probable qu'il y a des cas d'intolérance naturelle à la quinine et d'autres d'intolérance acquise, certains malades peuvent d'ailleurs se désensibiliser spontanément.

Quelle est la part de la quinine dans la production de l'hémoglobinurie. L'action de la quinine semble indéniable, mais, d'autre part, la quinine ne saurait être tenue pour responsable de tous les accès. On connaît d'innombrables cas de fièvres bilieuses hémoglobinuriques chez des individus qui n'ont jamais pris de quinine. Il faut distinguer le rôle de différents facteurs qui peuvent s'associer dans la production d'hémoglobinurie. L'action hémolysante de la quinine se trouve renforcée chez les paludéens par le mauvais état du foie et des globules rouges.

Les faits d'intolérance à la quinine sont heureusement rares. Des doses préparantes progressivement croissantes ou la méthode de Besredka permettent de désensibiliser les sujets intolérants. Il semble que la cessation de la prise de la quinine rende l'organisme plus sensible aux médicaments. Elle serait bien supportée par les sujets intolérants à condition que la dernière dose absorbée ne soit pas complètement éliminée au moment où le médicament est à nouveau administré: d'où l'indication d'administrer la quinine par petites doses espacées.

Robert Clément.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Léon Bernard. *Activité et évolution de la tuberculose pulmonaire* (*Annales de Médecine*, tome XXIX, n° 4, Avril 1931). — Entre les poussées évolutives de Bezançon, il peut se faire des progressions lésionnelles latentes; une poussée évolutive anatomique, c'est-à-dire réelle, peut demeurer silencieuse, c'est-à-dire inapparente cliniquement. La notion d'évolution, qui implique celle de progression lésionnelle, doit être distinguée de celle d'activité lésionnelle.

D'une manière générale, on doit admettre que l'activité, comme d'ailleurs l'évolution d'une lésion, provoque l'élimination bacillaire dans les crachats ou sa recrudescence; mais cette règle comporte de nombreuses exceptions. Des lésions parfaitement inactives, c'est-à-dire silencieuses, peuvent s'accompagner d'élimination bacillaire: ce phénomène atteste seulement leur nature véritable. Inversement, des lésions actives peuvent ne pas être bacillifères; alors le critérium bactérien de la nature manque; mais souvent on peut trouver ailleurs la preuve de la nature tuberculeuse.

S'il est facile de reconnaître qu'une lésion est inactive, il n'est pas toujours commode de se prononcer, devant tel ou tel symptôme, sur sa signification à l'égard de l'activité ou de l'évolution de la lésion. Bien souvent seule la suite de l'observation permettra de trancher la question, qui est d'importance pratique capitale.

En effet, si le pronostic est bénin en face d'une lésion qui traverse une période d'activité et qui est destinée à redevenir inactive, il est infiniment plus sérieux devant une lésion qui se mobilise, qui va évoluer, et dont on ne sait avec certitude ce qu'elle deviendra au cours de cette évolution.

D'autre part, la ligne de conduite est, elle aussi, entièrement différente. C'est ainsi qu'un début évolutif, reconnu avec rigueur, doit, si aucune contre-indication n'existe, entraîner l'application d'un pneumothorax artificiel. Ce serait, au contraire, une erreur thérapeutique de décider cette intervention pour une lésion simplement active temporairement.

Il convient donc de bien connaître les manifestations de l'activité et de l'évolution; de bien distinguer théoriquement ces deux états, afin de s'efforcer de les différencier dans la pratique; de ne pas craindre de temporiser en cas de doute, afin d'asseoir sur des bases solides le diagnostic, le pronostic et le traitement.

L. Rivet.

Georges Guillain et Raymond Garcin. *Le syndrome de Brown-Séquard d'origine traumatique* (*Annales de Médecine*, tome XXIX, n° 4, Avril 1931). — G. et G. basent ce mémoire sur l'étude minutieuse de trois cas d'origine traumatique: deux par coup de couteau au niveau de la 6e et de la 9e dorsales, un par balle de revolver au niveau de D10-D12.

Dans les blessures de la moelle par coup de couteau, le syndrome de Brown-Séquard souvent observé a une évolution spontanée relativement bénigne au point de vue fonctionnel, réserve faite des troubles génitaux, dont la persistance constitue chez l'homme une séquelle importante au point de vue du pronostic.

Dans les deux cas relatés, la lame de couteau, brisée au cours de l'agression, est restée incluse et ignorée dans la colonne vertébrale, sans qu'aucun symptôme fonctionnel permît d'en soupçonner la présence. Seule, la radiographie permit de retrouver le fragment métallique, d'où la nécessité de pratiquer systématiquement l'examen radiologique du rachis dans les blessures de ce type. La lame resta incluse et ignorée pendant des années dans ces deux cas. Cette surprenante tolérance n'est qu'apparente, car il existe dans ces formes cliniques de syndrome de Brown-Séquard traumatique des poussées évolutives d'aggravation déclenchées par des phénomènes fluxionnaires autour du corps étranger. L'ablation de celui-ci est aisée et, dans ces cas où elle fut pratiquée tardivement, l'intervention se borna à une simple extraction sans issue de liquide céphalo-rachidien, du fait du cloisonnement méningé réalisé lentement autour du fragment métallique.

Au point de vue physio-pathologique, G. et G. ont constaté: 1° l'existence d'un signe de Babinski bilatéral; 2° l'existence constante des réflexes dits de défense du côté des troubles moteurs et de l'hyperréflectivité tendineuse, et de ce côté seulement; 3° l'existence de troubles de la sensibilité profonde du même côté que les troubles de la sensibilité superficielle; 4° l'existence de troubles de la sensibilité osseuse du côté opposé à la lésion, ces troubles de la sensibilité osseuse manquant du côté des troubles moteurs, contrairement à la règle de Déjerine; 5° l'existence, du côté anesthésique, de troubles vaso-moteurs avec augmentation de la tension artérielle maxima et hyperpulsatilité, peut-être relatives. Il convient d'attirer aussi l'attention sur l'existence du côté anesthésique de phénomènes d'hypersudation spontanée.

L. Rivet.

Marcel Labbé et Raoul Boulin. *Les modifications de l'urée du sang au cours du coma diabétique* (*Annales de Médecine*, tome XXIX, n° 4, Avril 1931). — L. et B. retiennent et analysent 27 observations éparses dans la littérature médicale et relatent 5 observations personnelles de coma diabétique avec azotémie.

L'étude de ces observations les amène à conclure que, dans un certain nombre de cas, approximativement la moitié, le coma diabétique s'accompagne d'une azotémie modérée, le taux de l'urée demeurant le plus habituellement voisin de 1 gr.

Cette azotémie s'associe à la diminution de l'excrétion uréique, à l'albuminurie, à la cylindrurie. Sa présence ne modifie en rien les autres caractères classiques du coma diabétique: rien n'est à signaler en particulier touchant la réserve alcaline, la glycémie, la glycosurie. Le taux des chlorures est fortement abaissé dans les urines; dans le sang, il est variable, plutôt légèrement diminué, mais le fait ne paraît pas spécial à cette forme. Le taux des corps acétoniques urinaires est peu élevé, mais dans aucun des cas retenus ils ne faisaient complètement défaut. Les signes cliniques n'ont rien que de très banal.

L'azotémie paraît en relation avec des lésions dégénératives des tubes contournés, que l'on s'accorde, en général, à rattacher au transit des corps acétoniques, ce qui n'est pas absolument démontré.

Installée dès les premières heures du coma, elle comporte un intérêt pronostic majeur: les comas diabétiques compliqués de rétention d'urée se terminent en effet par la mort, deux fois plus souvent que les comas diabétiques sans azotémie. L'absence d'abaissement de l'azotémie le second jour du coma est un indice du plus fâcheux augure.

La mort survient, suivant les cas, par acido-cétose irréductible, par collapsus cardiaque, ou encore dans des conditions obscures que l'on a pu étiqueter urémie, mais qui, de l'avis de L. et B., sont encore indéterminées.

L. Rivet.

GAZETTE HEBDOMADAIRE
des
SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès et J. Lévy. *Néphrite typhique hyperazotémique* (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, tome LII, n° 22, 31 Mai 1931). — S. et L. apportent 3 observations de néphrite aiguë avec oligurie ou anurie et azotémie élevée, ayant abouti à la mort. Dans la première, concernant un Annamite de 23 ans, l'anurie était complète, irrémédiable dès la première semaine, le taux de l'urée sanguine dépassait 10 gr., il n'y avait pas d'œdème; l'hypotension était manifeste. La gravité de cette néphrite aiguë au début d'une fièvre typhoïde est peut-être due à ce que cet homme travaillait dans une poudrerie où il était exposé à de multiples intoxications.


Dragées ADRIAN
AU CHLORURE
DE MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé

Dans les 3 cas, malgré l'intensité de l'azotémie, l'hyperthermie persista jusqu'à la fin.

Dans le premier cas, les reins étaient petits, leur substance corticale diminuée, les lésions consistaient en congestion intense des vaisseaux, lésions nécrotiques des épithéliums des parties sécrétantes du tube urinaire, des exsudations dans l'espace endocapsulaire des glomérules et la lumière des tubes. Sur un frottis, on trouvait quelques bacilles typhiques et quelques diplocoques ronds. Dans le deuxième, on notait des lésions de glomérulo-néphrite et notamment des ectasies du bouquet glomérulaire. Dans le troisième, les reins étaient mous, flasques et pâles avec substance corticale très développée; ce qui prédominait, c'était la cytolyse de l'épithélium des tubes contournés, qui dans certaines régions ne contenaient que quelques détritus cellulaires, dans d'autres avaient leurs cellules atteintes de nécrose de coagulation.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION (Paris)

A. Cade et **Ph. Barral**. ***Les traitements endocriniens et plus spécialement le traitement insulinien des ulcères gastro-duodénaux*** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition*, tome XXI, n° 4, Avril 1931). — En dépit des incertitudes qui règnent sur le mode d'action du traitement insulinien de l'ulcus, il est susceptible de produire des améliorations remarquables. Peut-être serait-il permis parfois de parler de guérison, et certains faits de Feissly, Goyena, Horowitz plaident dans ce sens; mais il faut un critère radiologique (disparition d'une niche) pour étayer semblable conclusion; or on sait combien sont inconstants les signes directs d'un ulcus gastro-duodénal. Cliniquement la disparition définitive des symptômes ne doit être retenue comme test de guérison que si elle persiste pendant un temps très long, car on connaît bien la fréquence des rémissions, parfois prolongées, dans l'évolution d'un ulcus. Néanmoins, l'application du traitement insulinien chez les ulcéreux est justifiée par les quelques faits publiés de guérisons avérées, et surtout par la disparition rapide, souvent observée, des phénomènes douloureux en l'absence d'autre thérapeutique. Mais il faut le proscrire lorsqu'il y a soupçon de néoplasie, et, d'autre part, les sujets présentant une sténose organique ou une périgastrite ne sauraient en bénéficier. Enfin, ce traitement ne peut être appliqué à tous les malades, car il exige une surveillance médicale. S'il est en général bien supporté, il peut dans quelques rares cas provoquer des incidents, tels que poussée éruptive, céphalée, tiraillements lombaires. C. et B. n'ont relevé qu'une fois des accidents plus sérieux (dépression, lipothymies) qui ont obligé à suspendre la médication. On peut d'ailleurs associer celle-ci à l'ingestion préalable de glucose qui préviendrait les phénomènes d'hypoglycémie et ajouterait le bienfait de ses effets propres suivant les conclusions de Recht.

Sous ces réserves, la cure insulinienne peut être légitimement tentée et mérite de rester dans la thérapie de l'ulcus gastro-duodénal. La dose injectée d'insuline doit être faible (10 à 15 unités par jour); le traitement sera poursuivi 15 à 25 jours, on pourra l'associer à l'ingestion de 20 à 80 gr. de glucose, 1/2 heure avant l'injection. Enfin, il conviendra de refaire à deux ou trois reprises, avec des intervalles de deux ou trois mois, une nouvelle série de 10 à 15 injections d'insuline, à titre de cure complémentaire.

L. RIVET.

R. Choisy et **S. Katzenelbogen** (Genève). ***Repas d'Ewald et épreuve de l'histamine; résultats comparatifs*** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition*, tome XXI, n° 4, Avril 1931). — Dans bien des cas, il n'est pas nécessaire de faire des prélèvements toutes les 10 minutes ou tous les quarts d'heure à la suite de l'injection d'histamine. Cette épreuve y gagne l'avantage de devenir plus clinique et d'être moins désagréable pour le malade, puisque plus courte. Elle devient moins astreignante pour le médecin, les échantillons étant prélevés moins fréquemment

Dans les deux tiers des cas, l'épreuve du repas d'Ewald a autant de valeur que l'injection d'histamine lorsqu'on cherche dans la mesure de la sécrétion stomacale en HCl libre un appui au diagnostic.

Dans les cas où il existe une discordance entre les résultats des deux épreuves, cette discordance dans les cas d'ulcères est infirmée par le taux d'acidité atteint à la suite de l'histamine dans la première demi-heure qui suit l'injection. Cependant, souvent les conclusions tirées du taux trouvé une heure après l'injection d'histamine ne seraient pas modifiées même si l'on tenait compte des prélèvements antérieurs.

On ne peut pas dire que l'histamine rende toujours compte plus exactement que le repas d'Ewald de la capacité sécrétoire de la muqueuse gastrique. Il semble que c'est suivant les cas et les affections que l'une des épreuves peut avoir le pas sur l'autre. Partant, l'un de ces moyens d'investigation ne paraît pas devoir être remplacé par l'autre, car, loin de s'annuler, ils se complètent souvent. Dans la pratique cependant, le repas d'Ewald garde tous ses droits. Il est plus simple, plus rapide et moins choquant pour le malade que l'épreuve de l'histamine.

L'injection d'histamine est surtout indiquée lorsqu'on soupçonne un ulcère de l'estomac ou du duodénum et les affections qui en découlent.

L. RIVET.

ANNALES D'OCULISTIQUE (Paris)

J. Bourguet. ***Les adénomes hypophysaires et les kystes rathkiens doivent-ils être considérés comme des tumeurs supra-sellaires ou intra-sellaires ?*** (*Annales d'Oculistique*, t. CLVIII, Mai 1931). — Dans son rapport au Congrès d'Amsterdam (1929), Cushing classant les tumeurs de la région hypophysaire a fait entrer dans le groupe supra-sellaire les adénomes hypophysaires et les kystes rathkiens. B. conteste cette nomenclature. Il fait le résumé embryologique de la formation de la selle turcique, de l'hypophyse et de la poche de Rathke avec schémas explicatifs. L'hypophyse est recouverte par la dure-mère sur laquelle est plaqué le chiasma. Une tumeur intra-sellaire soulèvera la dure-mère soit en avant, soit en arrière du chiasma selon que celui-ci est en position reculée ou avancée. Or, C. dit qu'un adénome ne distend pas toujours la selle mais peut se développer au-dessus en s'en échappant vers le haut à travers la dure-mère ou en prenant naissance aux dépens d'un prolongement supérieur de la glande. B. observe que s'il en était ainsi les adénomes vus par opération trans-frontale devraient cacher le chiasma alors que les observations de C. (qu'il rapporte avec leurs figures) montrent qu'ils peuvent être, au contraire, en partie cachés par lui. En définitive, il semble que C. appelle ces tumeurs supra-sellaires en considérant où elles vont et B. intra-sellaires en considérant d'où elles viennent. Suit la critique des observations de cranio-pharyngiomes (kystes rathkiens) de C. B. indique que la section du chiasma que pratique C., outre qu'elle donne une hémianopsie bitemporale définitive, a le danger d'ouvrir le 3e ventricule en effondrant la lame sus-optique, d'où risque d'hydrocéphalie aiguë. Il conclut que la voie endonasale est meilleure et que les tumeurs en question ne peuvent être qu'intra-sellaires.

A. CANTONNET.

ODONTOLOGIE (Paris)

P. Emile-Weil. ***Les hémorragies en pratique dentaire*** (*Odontologie*, tome LII, 30 Avril 1931). — W. donne une très intéressante étude des hémorragies en pratique dentaire.

1° Chez les jeunes garçons, il faut, avant d'enlever une dent de lait, penser à l'*hémophilie*. L'interrogatoire renseigne vite; car l'hémophile « n'attend pas de perdre ses dents pour saigner ». Les *hémorragies* des hémophiles sont toujours *provoquées*. L'avulsion, en créant une plaie contuse, engendre une *hémorragie immédiate*. Une avulsion dentaire est, à ce point de vue, plus dangereuse qu'une intervention chirurgicale avec réunion par première intention. Même l'avulsion d'une dent temporaire très branlante peut être la source d'hémorragie prolongée, moins grave évidemment que celles provoquées par des avulsions difficiles. L'hématome du plancher de la bouche peut succéder à une anesthésie locale. La règle, dans ces cas, est de préparer le malade par des injections de sérum. L'avulsion sera faite en maison de santé ou à l'hôpital, *sans anesthésie locale*. Une seule dent sera enlevée, par les méthodes les moins traumatisantes, en évitant de déchirer la fibro-muqueuse. Le malade gardera le lit pendant quelques jours. S'il y a hémorragie, grand lavage de la plaie avec du sérum physiologique pour enlever le caillot et pansement compressif de la plaie au sérum. Si hémorragie importante, après numération des hématies et appréciation du taux de l'hémoglobine, transfusion sanguine.

2° *L'hémogénique* est, le plus habituellement, une femme aux règles longues, fréquentes, qui fait des *hémorragies spontanées* (purpura, épistaxis, stomatorragie). L'hémorragie provoquée par l'avulsion n'est pas immédiate, mais survient quelques heures après. La diathèse a des périodes d'activité et de latence. Cette hémorragie gingivale première est susceptible, quoique rarement, d'engendrer des phénomènes d'hémotrypsie hémorragique, c'est-à-dire des phénomènes d'hémorragie secondaire par destruction sanguine.

3° L'hémophilie et l'hémogénie peuvent s'intriquer.

4° L'adulte est une source de surprise, car « si l'on naît hémophile ou hémogénique, on devient hépatique ». Or les hépatiques latents ou patents présentent une tendance hémorragique, un syndrome hémocrasique hépatique caractérisé par un léger retard de la coagulation, une augmentation du temps de saignement, un caillot irrétractile ou peu rétractile, une redissolution du caillot, une diminution des hématoblastes, un signe du lacet positif En somme, des signes discrets et passagers d'hémogénie. Les épreuves de la coagulation sanguine sont donc nécessaires pour savoir si l'hémorragie de l'avulsion est ou non à redouter.

C. RUPPE.

IL MORGAGNI (Naples)

Francesco Paolucci. ***Importance de la dérivation des sucs pancréatique et biliaire dans la production des ulcères gastriques et duodénaux; recherches expérimentales*** (*Il Morgagni*, tome LXXIII, n° 19, 10 Mai 1931). — P. estime que la méthode la plus sûre pour réaliser des ulcères gastro-duodénaux chez le chien est la dérivation du suc duodénal; il a utilisé la technique de Weiss et Gurriaran et celle d'Exalto; dans la première,

on sectionne le duodénum juste au-dessous de l'embouchure du canal pancréatique inférieur, on anastomose le bout supérieur à l'iléon près du cæcum; on fait une deuxième section du duodénum en aval du pylore; on ferme le bout inférieur de cette section et on anastomose le bout supérieur avec le bout inférieur de la première section; dans la technique d'Exalto, on sectionne le duodénum en aval du pylore et au voisinage du jéjunum, on ferme les tranches des deux sections et on anastomose d'une part l'estomac au jéjunum et d'autre part le duodénum au cæcum.

Avec ces deux techniques, P. a obtenu 100 pour 100 d'ulcères, comme les auteurs qui les ont décrites; mais contrairement à eux il n'a pas observé d'ulcères du pylore ou de l'antre pylorique, mais des ulcères sur les sutures ou à peu de distance de celles-ci; d'autre part, les dosages ne lui ont pas montré d'augmentation sensible de l'acidité gastrique après l'opération. Il a donc pensé que la dérivation du suc duodénal alcalin n'était pas la cause efficiente de l'ulcère et qu'il fallait tenir compte surtout du traumatisme opératoire (section des muqueuses, des vaisseaux et des nerfs); les muqueuses dont le pouvoir de défense est ainsi diminué sont hors d'état de résister à l'action du suc gastrique qui n'est plus neutralisé par les sucs alcalins antagonistes.

Une nouvelle série d'expériences lui a permis de vérifier le bien-fondé de cette hypothèse; pour dériver les sucs alcalins sans léser les anses, il a désinséré le pancréas du duodénum, sectionné le cholédoque et pratiqué une cholédoco-iléostomie; sur 12 chiens opérés, 8 sont morts, 3 d'hémorragie, 5 après des vomissements incoercibles; les quatre survivants ont été sacrifiés de 45 à 60 jours après l'intervention; tous ont présenté des lésions de gastrite et de duodénite chroniques; chez un seul, P. a observé deux ulcères, l'un sur l'antre, l'autre sur le duodénum; ces ulcères n'intéressaient pas la muqueuse en totalité, la *muscularis mucosæ* n'étant même pas atteinte. Cet aspect pour certains auteurs n'est pas celui de l'ulcère gastrique vrai, et, de toute façon, il ne s'agissait pas d'ulcères chroniques, calleux, d'aspect cratériforme.

On doit remarquer que dans cette série d'expériences la sécrétion duodénale n'était pas supprimée comme dans les premières, ce qui peut expliquer la différence des résultats; mais il n'en reste pas moins que la dérivation des sucs alcalins n'est pas à elle seule la cause efficiente des ulcères expérimentaux.

L. Rouquès.

Ando Gianotti et **Bruna.** ***Recherches sur les variations de la bilirubinémie produites par les irradiations de la région splénique avec les rayons Röntgen*** (*Il Morgagni*, tome LXXIII, n° 20, 17 Mai 1931). — Drouet a montré, en 1930, que l'adrénaline injectée, en faisant contracter la rate, avait pour conséquence une mise en circulation de l'hémoglobine retenue dans cet organe, puis une augmentation de la production de la bilirubine; à l'état normal, les cellules hépatiques sont capables d'excréter l'excès de bilirubine et la bilirubinémie ne s'élève pas; par contre, lorsqu'il y a insuffisance hépatique, on observe de l'hyperbilirubinémie; l'hyperbilirubinémie post-adrénalinique serait donc un bon test d'insuffisance hépatique.

Cependant les variations hématologiques qui accompagnent l'hyperbilirubinémie post-adrénalinique s'observent également chez les individus splénectomisés; aussi, G. et B. ont-ils pensé qu'il fallait tenir compte beaucoup plus de la stimulation du tissu réticulo-endothélial par l'adrénaline que de la contraction de la rate. Ils ont vérifié cette hypothèse en pratiquant des irradiations de la rate à doses stimulantes, qui ne provoquent aucune contraction de l'organe; dans ces conditions, la bilirubinémie s'élève lorsque les cellules hépatiques sont lésées et dans ce cas seulement.

Tout en aboutissant à une interprétation différente du mécanisme, ces recherches confirment celles de Drouet sur la valeur de l'hyperbilirubinémie provoquée comme test de l'insuffisance hépatique.

L. Rouquès.

LA PEDIATRIA
(Naples)

Giovanni Genoese. ***Vomissements cycliques et syphilis*** (*La Pediatria*, t. XXXIX, fasc. 8, 15 Avril 1931). — Sous le nom de vomissements *cycliques*, à *répétition*, *persistants*, *acétonémiques* on décrit un syndrome caractérisé par des crises de vomissements incoercibles avec élimination de corps acétoniques par les urines et par l'air expiré. Ce syndrome apparaît en général chez des enfants en bonne santé; il dure quelques heures ou quelques jours puis cesse brusquement.

En se basant sur 10 observations personnelles, G. attribue un rôle important au terrain neuro-arthritique dans la production des vomissements cycliques, mais il attire surtout l'attention sur l'importance de la syphilis comme facteur étiologique. La syphilis était en effet certaine dans 8 de ces cas et douteuse dans les 2 autres. En outre, le traitement spécifique a fourni les meilleurs résultats dans tous les cas.

Pour expliquer le rôle de la syphilis au point de vue de l'apparition des vomissements, on peut peut-être admettre l'atteinte du foie par le tréponème. On sait en effet qu'Hutinel a bien montré la fréquence avec laquelle la syphilis atteint cet organe ainsi que les glandes à sécrétion interne.

G. Schreiber.

Giovanni Genoese. ***Le liquide céphalo-rachidien dans le syndrome tuberculeux-toxique de l'enfance*** (*La Pediatria*, t. XXXIX, fasc. 9, 1er Mai 1931). — G. a examiné le liquide céphalo-rachidien de 10 enfants âgés de 4 à 7 ans qui présentaient des symptômes nets d'intoxication tuberculeuse avec cuti-réaction à la tuberculine nettement positive. Ces enfants ont tous eu un contact prolongé avec des parents ou des membres de l'entourage atteints de formes diverses de tuberculose et tous présentaient des lésions thoraciques évidentes.

Chez tous ces enfants la ponction lombaire a donné issue à un liquide limpide et à caractères normaux, mais la pression était augmentée et le liquide s'écoulait parfois en jet.

Cette constatation confirme les vues de Claude qui a relevé la fréquence des réactions méningées séreuses à la suite d'infections ou intoxications diverses. Elle explique peut-être aussi le retentissement de la tuberculose sur le système nerveux noté par Flatau et Zilberlast, ces réactions méningées pouvant engendrer certains troubles psychiques et certaines modifications du caractère qu'on peut observer chez les sujets bacillaires.

G. Schreiber.

Catello Sorrentino. ***Recherches sur l'influence des rayons ultra-violets sur la réaction de Schick*** (*La Pediatria*, tome XXXIX, n° 11, 1er Juin 1931). — L'action modificatrice de la lumière et particulièrement des rayons ultra-violets sur les réactions cutanées est à présent bien connue. Cette action a été signalée pour la première fois en 1920 par Mayer qui constata que des cuti-réactions à la tuberculine pratiquées sur des zones de peau soumises à l'action des rayons ultra-violets demeuraient négatives, alors que des cuti-réactions témoins sur des segments non irradiés étaient nettement positives.

S. a entrepris des recherches de même ordre pour étudier l'action des rayons ultra-violets sur la réaction de Schick. Sur 56 enfants soumis à un traitement actinique, il a constaté que la réaction de Schick se trouvait atténuée 45 fois et que 9 fois seulement les rayons ultra-violets n'entraînaient aucune inhibition de cette réaction.

L'atténuation de la réaction de Schick fut partielle dans la plupart des cas (37 cas) et la disparition complète ne fut notée que 8 fois.

G. Schreiber.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

N. Poczka. ***Observations sur le traitement des maladies du cœur et des vaisseaux par les produits intitulés hormones cardiaques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 18, 1er Mai 1931). — Des résultats assez favorables ont été obtenus à l'aide de plusieurs produits spécialisés contenant des « hormones cardiaques », de telle sorte que ces médicaments paraissent à P. des appoints importants à la thérapeutique des cardiopathies et des affections vasculaires. Dans le traitement de l'angine de poitrine ils seraient dès maintenant d'une utilité incontestable. Les essais pratiqués au cours de migraines ou céphalées habituelles sont encore trop peu nombreux pour permettre de conclusion nette; de même l'action diurétique observée à plusieurs reprises ne peut être affirmée avant qu'on ait multiplié les contrôles.

Par contre, l'action hypotensive dans les hypertensions essentielles n'a été obtenue par aucun des produits essayés. Au cours des lésions myocarditiques, ni le tonus myocardique, ni le rythme irrégulier du cœur, n'ont été modifiés dans un sens favorable par cette médication. Les phénomènes de spasme vasculaire des artères périphériques se sont également montrés résistants.

G. Dreyfus-Sée.

N. Henning et **H. Brugsch.** ***La répartition des facteurs antianémiques dans la muqueuse gastrique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 18, 1er Mai 1931). — La supériorité de l'action thérapeutique des extraits de muqueuses sur les extraits totaux de la paroi gastrique est actuellement établie. H. et B. se sont efforcés d'établir dans quelle région gastrique se trouvaient essentiellement les produits actifs.

Ils ont dans ce but employé successivement chez un malade des extraits divers préparés à l'aide de muqueuses cardiaque, fondique, antrale et duodénale du porc, et ont vérifié l'action sur la formule sanguine de ces produits utilisés pendant une durée suffisamment longue.

Parmi ces extraits de muqueuse pulvérisés le plus efficace contre la maladie de Biermer est sans contredit l'extrait de muqueuse de l'antre pylorique.

D'autres expériences sont utiles pour établir le mode d'activité de cette substance et savoir s'il s'agit véritablement d'un produit spécifique d'origine cellulaire.

G. Dreyfus-Sée.

A. Scheunert. ***Les légumes en tant que source de vitamines*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 20, 15 Mai 1931). — L'importance des légumes dans l'alimentation a été soulignée par les travaux des dernières années. Les naturistes, cependant, ont soutenu que leur valeur alimentaire se trouvait sensiblement altérée par les divers procédés de préparation.

S. a cherché quelles étaient les modifications apportées à la teneur en vitamines par la cuisson, le lavage et la conservation de divers légumes.

L'assertion des naturistes n'est pas confirmée par ses recherches, mais la question est complexe et il n'est pas possible de se montrer catégorique dans un sens ni dans l'autre.

Il n'est pas exact de dire que seuls les légumes crus sont riches en vitamines; il est possible en effet d'en trouver dans certains produits cuits et même stérilisés.

En ce qui concerne les vitamines A et B, il est indifférent de les ingérer cuits ou crus. Pour l'apport en vitamine D, les légumes n'ont pratiquement aucune signification.

La cuisson importe donc peu pour ces 3 vitamines, à condition de ne pas y ajouter des éliminations inutiles telles que le rejet des eaux de lavage ou de cuisson.

Seule la vitamine C subit des altérations par le chauffage, et ceci surtout par cuisson habituelle alors qu'elle résiste mieux au chauffage à l'abri de l'air. On peut donc obtenir, par des méthodes convenables, des conserves contenant la vitamine. Cependant il faut tenir compte des variations considérables qui dépendent non seulement des légumes considérés, mais encore de conditions de récolte, saison, terrain, etc.

D'ailleurs il est absurde au point de vue physiologique de ne s'attacher qu'à la teneur en vitamines, et il ne faut pas négliger le puissant apport minéral et nutritif qui rend indispensable l'ingestion d'une quantité notable de légumes, de telle sorte qu'il faut s'efforcer d'en populariser l'emploi et, par conséquent, de les rendre agréables au goût.

G. Dreyfus-Sée.

E. Kœnigsberger. ***Le traitement des diphtéries malignes, d'après les observations faites à Berlin et à Copenhague*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 20, 15 Mai 1931). — En Allemagne comme au Danemark le nombre des cas de diphtérie s'est considérablement accru depuis quelques années. Les cas toxiques, graves avec accidents cardiaques et nerveux, ont été très fréquents en Allemagne, et le taux de mortalité s'y est considérablement élevé (15 pour 100), alors que les statistiques danoises révèlent une mortalité aussi faible que durant les meilleures années (2 pour 100); cependant, on aurait observé à Copenhague un grand nombre de formes toxiques.

La cause de ces différences réside-t-elle dans la posologie du sérum? Les médecins danois emploient des doses de 30 à 500.000 unités antitoxiques, environ 10 fois plus élevées que celles couramment utilisées en Allemagne. L'un des assistants d'une clinique de Copenhague venu à Berlin durant l'hiver dernier a affirmé que la gravité des cas berlinois n'était pas plus grande que celle des diphtéries observées dans son pays; il attribuait par conséquent à la thérapeutique les heureux résultats obtenus à Copenhague.

Sur l'avis de Finkelstein, K. a été à Copenhague. A son avis la comparaison ceste demeure impossible. La classification des cas n'est pas superposable, les âges des malades sont différents (adultes plus nombreux au Danemark), enfin la gravité même de l'affection, du « génie épidémique », serait moindre au Danemark. Il semble très douteux, par conséquent, d'attribuer à la thérapeutique les différences observées. L'évolution des signes locaux, la régression des phénomènes toxiques paraît se faire aussi bien avec les petites doses qu'avec les grandes. Récemment enfin à Hambourg des résultats absolument comparables furent obtenus dans 2 établissements semblables traitant les malades selon les 2 méthodes thérapeutiques différentes (petites ou grosses doses).

Ainsi rien ne prouve, selon K., la supériorité des 800.000 unités parfois utilisées à Copenhague, sur les 80.000, dose maxima admise par les Allemands.

Les injections intraveineuses (jusqu'à 1 cme par kilogramme durant 2 jours) pratiquées concurremment aux injections intramusculaires par les Danois n'ont guère été tentées à Berlin.

Il est intéressant de noter que, malgré ces grandes quantités de sérum, les accidents sériques ne sont, ni plus fréquents, ni plus intenses: il est vrai que le sérum employé est à haute concentration (3 à 5.000 unités par centimètre cube).

En somme, l'enquête ne donne guère d'arguments probants pour la supériorité des doses fortes, et les conditions économiques font hésiter encore à adopter, et même à essayer sur une échelle suffisante, cette posologie, dont la supériorité est loin d'être prouvée.

G. Dreyfus-Sée.

M. Schotte. ***Essais d'action thérapeutique sur la régénération osseuse*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII n° 20, 15 Mai 1931). — Expérimentalement l'influence du calcium et de la vitamine D sur la consolidation des fractures a été recherchée.

Des essais antérieurs avaient démontré l'échec de l'administration des vitamines D. Les 2 facteurs donnés simultanément déterminent, chez les jeunes animaux carencés en vitamines, une accélération considérable du processus. Même les animaux adultes, nourris normalement, guérissent plus vite grâce au traitement, les fractures étant presque consolidées alors que le cal n'est pas encore ébauché chez les témoins.

En clinique aussi les images radiologiques montrent une accélération des processus calcifiants chez les malades prenant à la fois une préparation calcique assimilable et une solution d'ergostérine irradiée. Dans les cas observés il y aurait même eu une notable amélioration de l'état général.

G. Dreyfus-Sée.

E. Edelstein, H. Langer et **L. Langstein.** ***Les légumes dans l'alimentation des enfants*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 20, 15 Mai 1931). — L'apport précoce des légumes dans la ration des enfants a été justifié par plusieurs théories successives. On a voulu ainsi suppléer à l'insuffisance de fer du lait, puis neutraliser par l'apport d'alcalins les produits de désintégration acides d'un régime lacté riche en protéines. Ultérieurement on a insisté sur l'action des légumes sur la motilité gastro-intestinale et secondairement la sécrétion plus active due aux modifications du goût. Enfin l'action des légumes en tant que source de vitamines a été mise au premier plan récemment.

Il était intéressant d'envisager avec plus de précision les processus de digestion et d'assimilation des légumes frais ou conservés absorbés par les enfants.

Au point de vue clinique les auteurs ont étudié 100 enfants de 6 mois à 10 ans, qu'ils ont suivis pendant un temps variable, en général durant cinq mois. La plupart étaient des nourrissons, les uns normaux, d'autres avec troubles de la nutrition. La durée d'observation de cinq mois est suffisante puisqu'il s'agissait surtout d'établir si les régimes de conserve employés durant les saisons d'hiver ne sont pas nuisibles.

Aucun trouble n'a été observé: ni modification des selles, ni diminution de la résistance aux infections, ni signes de préscorbut. On peut donc utiliser les conserves sans aucune crainte pour les enfants même jeunes durant les saisons d'hiver.

La durée de digestion gastrique des divers légumes a été établie chez 20 enfants. Elle est accélérée pour les légumes conservés par rapport aux légumes frais et diffère également suivant les variétés de légumes. Les épinards souvent mal acceptés par les enfants ont un séjour gastrique très prolongé. Les carottes, surtout en conserves, ne demeurent pas plus longtemps dans l'estomac que le lait.

L'examen de la sécrétion gastrique succédant à l'ingestion de légumes verts a été fait chez des enfants de 6 mois. La sécrétion gastrique a paru moins abondante durant les périodes correspondant à l'introduction des légumes que pendant les phases intermédiaires. On peut donc se demander si l'addition des légumes dès le sixième mois est justifié et les auteurs poursuivent leur recherches afin d'établir à quel âge ils peuvent être ingérés sans diminuer la sécrétion de sucs digestifs.

L'étude des échanges a montré que l'assimilation des diverses substances (Az, cendres, CaO, MgO et P^2O^5) est la même pour les légumes frais ou de conserve. Chez le nourrisson, cette assimilation est toujours moindre lors d'un régime comprenant des légumes verts que pendant la période où il en est privé. Seules les carottes n'agissent pas sur les échanges calciques qui se font comme lors de l'alimentation lactée.

En somme si les craintes concernant les légumes de conserve paraissent injustifiées, ces recherches semblent défavorables à l'introduction précoce dans la ration des enfants des légumes verts, exception faite pour les carottes.

G. Dreyfus-Sée.

J. Wulsten. ***La mort thymique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 20, 15 Mai 1931). — Les discussions sur le rôle du thymus dans la mort subite sont loin d'être closes. Certains auteurs tendent à lui dénier toute valeur.

L'importance du status thymo-lymphatique de Paltauf est affirmée par de nombreuses théories.

La mort était attribuée tout d'abord à des causes mécaniques: asphyxie par compression trachéale ou vasculaire, infiltration lymphocytaire non inflammatoire du myocarde.

Finkelstein, concédant la rareté des accidents thymiques, émet l'hypothèse d'une mort cardiaque survenue chez des enfants ayant un gros thymus, qui témoignerait d'une constitution anormale spéciale.

Moro, rappelant les relations entre nerfs thymiques et cardiaques, admet les corrélations suivantes:

1° Accidents digestifs aigus, gonflement thymique, excitation mécanique du vague et mort cardiaque.

2° Réplétion gastrique aiguë, refoulement du diaphragme, excitation phrénique transmise aux anastomoses phrénico-symphatiques et aux ganglions cardiaques et mort cardiaque.

L'observation publiée par W. confirme cette théorie: la cause de la mort subite paraissant être une excitation thymique après un repas chez un enfant dont le thymus était hypertrophié (45 gr.)

Le poids moyen du thymus normal est diversement apprécié. De 1 à 9 ans les chiffres des divers auteurs varient de 20 à 23 gr. Pour d'autres auteurs ces chiffres sont trop élevés et par ailleurs seule une augmentation de 50 pour 100 serait valable.

Sokolow a trouvé 4,8 gr. à la naissance, 8,5 à 6 mois, 10,8 à 1 an, 9,9 à 2 ans. Des variations considérables ont lieu sans troubles pathologiques, ainsi qu'en font foi de nombreuses publications.

Les recherches expérimentales demeurent négatives, aucune prophylaxie n'est réalisable, l'appréciation clinique ou radiologique de l'hypertrophie demeurant impossible avec une certitude suffisante.

G. Dreyfus-Sée.

W. Nonnenbruch. ***Sur une forme spéciale de tuberculose miliaire chronique bénigne*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 22, 29 Mai 1931). — Depuis le travail d'Assmann en 1913 sur l'étude radiologique des poumons, signalant des cas de tuberculose miliaire guéris, de nombreuses observations ont été publiées.

Parmi les formes curables de tuberculose pulmonaire disséminée d'origine hématogène, un certain nombre de cas présentent une séméiologie spéciale caractérisée par une image de tuberculose miliaire des poumons, un gonflement ganglionnaire généralisé et une splénomégalie: l'ensemble réalise assez bien le tableau de la maladie de Hodgkin. Souvent on observe simultanément un lupus

cutané. La leucopénie, probablement en rapport avec la tumeur splénique, est fréquente; la réaction de von Pirquet est négative. Des manifestations pathologiques accentuées peuvent demeurer absentes.

Anatomiquement on ne trouve nulle part de nécrose ou de caséification tuberculeuse; il existe dans les poumons de la lymphangite réticulaire et des tubercules miliaires interstitiels plus ou moins typiques.

Plus fréquents sont les cas curables tels que celui observé par N. chez un jeune homme de 18 ans et suivi par lui depuis 1926. La bacillose fut confirmée par une biopsie ganglionnaire montrant des lésions typiques avec cellules géantes. L'adénopathie généralisée, la splénomégalie et l'image radiologique de tuberculose miliaire coïncidaient avec une cuti-réaction négative, un état général satisfaisant, une apyrexie totale, une augmentation pondérale régulière (14 kilogr. en 4 ans 1/2). A aucun moment, durant cette période d'observation, le moindre trouble ne fut observé et N. considère le jeune malade comme pratiquement guéri.

Rien ne permet de présumer le mode de résistance de ces sujets. Un virus atténué est peu vraisemblablement en cause car les bacilles trouvés se sont montrés d'une virulence normale. Il faut admettre une résistance individuelle spéciale vis-à-vis de cette infection hématogène partie d'un ganglion bronchique.

Le faible degré d'allergie est prouvé encore par le résultat négatif de la cuti-réaction.

G. Dreyfus-Sée.

J. Neuburger. ***L'échec de l'hépatothérapie dans l'ictère hémolytique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 23, 5 Juin 1931). — Chez 2 malades atteintes d'ictères hémolytiques acquis, l'hépatothérapie demeura inefficace alors qu'une amélioration nette fut obtenue par l'administration de la médication ferrique. L'hémolyse ne fut nullement influencée par l'ingestion de foie frais ni d'extraits de foie, ni même, dans un des cas qui présentait une achylie gastrique, par des extraits d'estomac. Il faut noter aussi dans ce cas curieux, dont la différenciation avec l'anémie pernicieuse était particulièrement difficile, que l'amélioration clinique obtenue par la médication martiale s'accompagnait d'une régression de l'anémie mais non pas de l'hémolyse. La fragilité globulaire persista même après l'amélioration de l'anémie, la stabilisation de la formule blanche et l'association des thérapeutiques par le fer et par le foie de veau. G. Dreyfus-Sée.

H. Lewenstein. ***Le traitement des séquelles d'encéphalites épidémiques par de hautes doses d'atropine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 24, 12 Juin 1931). — Les doses préconisées sont élevées et souvent la marge entre la dose efficace et la dose tolérée est faible.

La posologie comporte donc un accroissement prudent des doses sous surveillance constante. L. conseille de commencer par 3 gouttes par jour de la solution de sulfate d'atropine à 1/2 pour 100 (soit 3/4 milligr.) puis d'augmenter progressivement jusqu'à sédation des symptômes. A partir du moment où une augmentation de la dose n'amène plus d'amélioration on peut considérer qu'on a atteint la quantité optima.

Cette dose utile oscille en général de 7 à 15 milligr. par jour, atteignant rarement 20 milligr.

Le traitement est complété par des bains chauds, de la gymnastique et des occupations réglées réalisant à la fois une kinésithérapie et une psychothérapie.

L'amélioration a porté dès le début du traitement sur les troubles de l'automatisme (en particulier les crampes), les échanges aqueux, les troubles oculo-moteurs, les troubles persistants du sommeil. A des doses plus élevées et plus prolongées on obtient une régression du tremblement, des troubles de la démarche, de l'attitude, de la parole, et même, plus tardivement, de l'akynésie et de la bradyphrénie.

Ces résultats valent que l'on ne tienne pas compte de la gêne légère entraînée par l'administration d'atropine et disparaissant par accoutumance (sécheresse de la gorge, paralysie de l'accommodation, quelquefois tachycardie, gêne de la miction, diarrhée ou constipation, plus rarement vomissements). Par contre une posologie prudente évite en général les troubles d'intoxication chronique plus intenses (amaigrissement, hypotension, furonculose et troubles cutanés divers, troubles de l'état général).

Dans l'ensemble sur 25 cas traités une amélioration nette a été obtenue, nombre de malades infirmes ont pu être mis en état de se passer de garde, de subvenir à leurs besoins ou même de reprendre leur travail dans des conditions quasi normales.

G. Dreyfus-Sée.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Fr. Schwab. ***La perlèche chez les écoliers et sa flore microbienne*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCII, n° 24, 13 Juin 1931). — S. examina au point de vue « perlèche » environ 17.000 enfants des écoles de Nuremberg, âgés de 8 à 14 ans. Sur 8.602 garçons et 8.430 filles, il trouva 129 cas de perlèche (0,70 pour 100): 82 cas chez les garçons (0.95 pour 100) et 47 cas chez les filles (0.55 pour 100).

55 pour 100 des cas s'observèrent entre 8 et 10 ans; la proportion fut minime entre 6 et 7 ans. 17 cas appartenaient à une classe populaire aisée, 112 aux basses classes; 100 enfants paraissaient solides et bien portants, 29 étaient chétifs. 78 étaient nettement sales sur leurs vêtements et leur peau, 51 paraissaient propres. La perlèche était unilatérale dans 50 cas, bilatérale dans 79 cas. Certains enfants présentaient, en outre de la perlèche, d'autres affections cutanées; on nota 3 fois de l'eczéma séborrhéique, 6 fois des lèvres gercées et fissurées, 3 fois de l'impétigo, 11 fois de l'eczéma, 4 fois de l'herpès de la lèvre et 18 fois de l'herpès facial.

S., qui est dentiste, constata la présence fréquente de dents cariées chez les enfants atteints de perlèche et 9 fois des anomalies dentaires. 38 enfants étaient possesseurs d'une brosse à dents, mais 27 seulement prenaient soin de leur bouche.

Le streptocoque de Lemaistre ne paraît pas être l'agent exclusif de la perlèche. S. ne le rencontre qu'une fois isolé; les diplocoques paraissent beaucoup plus fréquents (36 fois); 1 fois on trouva du streptocoque associé au staphylocoque, 50 fois des diplocoques et du streptocoque, 6 fois du staphylocoque et des diplocoques, 27 fois des diplocoques associés au streptocoque et au staphylocoque, 6 fois des bâtonnets; dans 5 cas les frottis furent négatifs.

Le diagnostic de la perlèche est habituellement facile; on ne la confondra pas avec l'eczéma labial, ni avec les plaques muqueuses commissurales.

Le traitement de cette affection tenace consiste en des applications de solution de nitrate d'argent à 2 ou 5 pour 100 ou d'alcool iodé; on peut aussi employer les poudres: dermatol, xéroforme, et l'orthoforme en cas de fissures douloureuses.

R. Burnier.

Berson et **Matuskov.** ***Les kératoses blennorragiques*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCII, n° 25, 20 Juin 1931). — La nature des kératoses blennorragiques est encore très discutée; B. et M. en rapportent un cas intéressant par l'apparition tardive des lésions cutanées après la blennorragie, l'extension des lésions cutanées et la coexistence de polyarthrite avec déformations des doigts.

Un homme de 40 ans avait eu une blennorragie en 1917 qui guérit en 6 semaines. En 1925 apparurent les premières douleurs articulaires à la main gauche avec ankylose et déformation du petit doigt; en 1927, on nota un gonflement des articulations des pieds, des genoux et des coudes qui résistèrent aux agents physiques employés. En Août 1930, survint une éruption généralisée surtout marquée à la paume des mains et à la plante des pieds; les lésions étaient d'aspect variable: echtymateuses, rupiacées, psoriasiformes et cornées.

12 injections de vaccin antigonococcique amenèrent l'apparition d'un écoulement urétral contenant 69 pour 100 de polynucléaires neutrophiles, 16 pour 100 de lymphocytes, 15 pour 100 de formes en voie de destruction.

L'éruption cutanée disparut sous l'influence de pommades desquamatives. Les douleurs diminuèrent un mois après la dernière injection de vaccin et le malade quitta la clinique dans un état satisfaisant en Janvier 1931.

R. Burnier.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Wien)

Schneider. ***Sur une épidémie de méningite séreuse aiguë*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XIV, n° 11, 13 Mars 1931). — Le tableau clinique et les caractéristiques biologiques de cette forme particulière de méningite sont les suivants: le début est aigu et se fait par les signes de la série méningée; le liquide céphalo-rachidien est diversement modifié, tantôt le chiffre cellulaire est insignifiant, tantôt cette réaction va jusqu'à un aspect puriforme du liquide, qui ne contient aucun germe à l'examen direct ou à la culture.

L'évolution en est courte, la terminaison favorable sans complications.

On n'a pas retrouvé d'étiologie satisfaisante à cette affection.

Eckstein a pu observer en 1930 à Düsseldorf 13 cas de cette affection: d'après ses observations, le début se marque souvent par une angine que suivent les signes de la série méningée, cependant la raideur de la nuque manque souvent.

L'hypercytose fut toujours très marquée dans le liquide céphalo-rachidien où l'on put retrouver jusqu'à 5.400 éléments. Dans un cas, on mit en évidence au niveau de la gorge un streptocoque hémolytique.

S. apporte à ces observations la contribution de 24 cas personnels concernant 13 femmes et 11 hommes d'un âge variant de 14 à 74 ans: l'affection paraît plus fréquente pendant l'été et à la fin de l'automne; il a noté une leucocytose sanguine modérée; la ponction lombaire a paru influencer favorablement le tableau clinique, soulageant les maux de tête et amorçant la convalescence.

Il envisage les différentes étiologies habituellement incriminées (poliomyélite, encéphalite, etc.) sans conclure en faveur de l'une d'elles.

G. Basch.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

S. Monckton Copeman. ***Le traitement du cancer par la fluorescine irradiée*** (*British Medical Journal*, n° 3667, 18 Avril 1931). — Depuis 1927, C. a traité par cette méthode 120 cas de cancers inopérables, voués à une mort rapide, et a obtenu chez 23 d'entre eux une guérison apparente qui, pour certains, dépasse trois années.


BÉATOL

Au début de l'application de cette méthode, on se contentait de faire des pulvérisations ou des badigeonnages de fluorescine à la surface des tumeurs, ce qui ne permettait de traiter que des cancers cutanés ou des cancers du sein. Actuellement, on donne par la bouche un gramme de fluorescine sodée ou on fait une injection intra-veineuse, poussée lentement, de 20 cmc d'une solution à 5 pour 100, ce qui permet de traiter des cancers disséminés ou profonds. L'injection intra-veineuse est parfaitement tolérée. Dans les minutes qui suivent, on remarque une coloration jaune de la peau et, dans l'heure, la même coloration des urines. Les malades sont ensuite soumis soit à l'action des rayons X, soit à l'action du radium.

Les cancers les plus sensibles à cette thérapeutique semblent être les cancers du sein, primitifs, ulcérés ou récidivants.

C. poursuit des expériences sur l'action d'autres substances colorantes, notamment des sels sodés d'anthracène, de bleu d'isamine, mais il semble que l'action de la fluorescine irradiée soit plus grande.

André Plichet.

A. Goodal et **J. Slater.** ***Traitement de la sclérose en plaques par le foie*** (*British Medical Journal*, n° 3670, 9 Mai 1931). — Les résultats obtenus par le foie de veau dans les scléroses combinées de la moelle, observées dans les anémies pernicieuses, devaient inciter les médecins à appliquer cette méthode au traitement de la sclérose en plaques.

G. et S. ont traité 5 cas de sclérose en plaques d'intensité et de durée variables en donnant par jour 200 gr. de foie légèrement cuit. Deux de leurs malades complètement impotents ont pu travailler de nouveau, l'un comme mécanicien, l'autre comme ouvrier agricole après six mois de traitement. Une jeune femme, incapable de se tenir sur ses jambes, pouvait jouer au hockey au bout de trois mois.

Tout en faisant les réserves qu'il convient de faire sur une maladie dont on connaît les longues et spontanées rémissions, G. et S. pensent que ce traitement est efficace et que son succès peut justifier l'hypothèse que la sclérose en plaques est due à la carence d'une hormone ou d'une vitamine.

André Plichet.

Miles H. Philips. ***Remarques sur le shock obstétrical*** (*British Medical Journal*, n° 3671, 16 Mai 1931). — Le shock obstétrical pour rare qu'il soit est toujours redouté des accoucheurs. On peut le prévoir après la rupture ou l'inversion utérine, après une longue et difficultueuse application de forceps amenant un délabrement du plancher pelvien ou une hémorragie *post-partum* considérable. Dans d'autres cas, où l'écoulement sanguin a été normal et où il n'y a même pas eu besoin de points de suture, le shock primaire ou secondaire est une véritable surprise.

Le shock immédiat est vraisemblablement provoqué, d'après les recherches de Cannon, par la vaso-dilatation réflexe des capillaires des viscères abdominaux, et des muscles du squelette amenant la chute de la tension artérielle et l'anémie du cerveau.

Le shock retardé ne peut être expliqué par cette seule cause mécanique. Il faut faire intervenir l'action des substances toxiques qui ont pris naissance dans les muscles endommagés, substances voisines de l'histamine qui, passant dans la circulation, amèneraient une vaso-dilatation des capillaires, une perméabilité plus grande des parois des vaisseaux permettant le passage du plasma dans les tissus. Il en résulterait naturellement une diminution de la circulation cérébrale. Cette explication du shock obstétrical secondaire est analogue à celle qu'a donnée le professeur Quénu pour le shock consécutif aux plaies de guerre: l'absorption des produits toxiques est d'autant plus considérable que l'orifice est plus étroit. Or, dans l'accouchement, les délabrements sont souvent plus étendus que ne semblent l'indiquer les plaies apparentes.

Dans l'étiologie du shock obstétrical, il faut faire également une place aux hémorragies, aux sueurs abondantes, à la privation de nourriture et d'eau pendant le travail, à l'émotion, à la toxémie gravidique, à l'anesthésique employé, le chloroforme et l'éther étant plus choquants que le protoxyde d'azote.

Le traitement de l'état de shock doit s'inspirer de ces multiples causes: rassurer la malade, la faire boire, la réchauffer, la calmer au besoin par la morphine, ne pas donner d'anesthésique quand la pression artérielle est au-dessous de 10, attendre que celle-ci soit remontée pour procéder à une réfection périnéale si elle est nécessaire, élever les pieds du lit et surtout rétablir le volume du sang. Recourir pour cela, soit à la simple injection saline sous-cutanée, soit à l'injection intra-veineuse de sérum, soit à la transfusion.

André Plichet.

J. T. Ingram et **F. S. Fowweather.** ***Acidose et séborrhée*** (*British Medical Journal*, n° 3671, 16 Mai 1931). — Les manifestations de la séborrhée sont si universellement répandues que les recherches concernant son étiologie suscitent toujours un grand intérêt.

Trois facteurs jouent un rôle dans la production de la plupart des affections séborrhéiques: un facteur infectieux, un facteur constitutionnel, un facteur précipitant.

La constitution séborrhéique est caractérisée par la facilité avec laquelle ces malades ont des phénomènes vaso-moteurs, des troubles digestifs. Ils ont également une diminution de résistance aux infections, surtout au moment de la puberté ou de la ménopause.

Le staphylococcus epidermitis albus, le bacille en bouteille de Malassez, saprophytes normaux de la peau, produisent des réactions inflammatoires chez le séborrhéique. Ils sont responsables des pellicules du cuir chevelu, du simple pytyriasis, de l'acné.

Il est probable enfin, que les manifestations séborrhéiques sont provoquées chez des individus sensibilisés par un choc physique ou chimique. Sabouraud en 1902 montra que les urines des séborrhéiques étaient hyperacides par excès des chlorures et diminution des phosphates. Barber et Semon en 1918, étudiant la séborrhée chez des soldats, l'attribuent à l'acidose. I. et F. ont étudié la balance acide-base et n'ont pas trouvé d'acidose. Le *pH* des séborrhéiques est normal et ils ne pensent pas qu'une médication alcaline puisse réussir à moins qu'elle soit indiquée comme médication désensibilisante.

André Plichet.

THE AMERICAN JOURNAL
of the
MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

J. E. Connery et **L. J. Goldwater.** ***Les doses massives d'extrait de foie dans le traitement de l'anémie pernicieuse*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. CLXXXI, n° 5, Mai 1931). — Sturgis et Riddle ont pu déterminer des rémissions dans l'anémie pernicieuse en faisant prendre une dose unique et massive d'extrait de foie, la réponse au traitement étant plus rapide qu'avec la méthode des petites doses répétées. Ce procédé semble précieux, car les malades sont souvent dans un état très grave lorsqu'ils consultent. Aussi C. et G. ont-ils essayé de préciser son efficacité chez 4 sujets présentant une anémie pernicieuse typique et se trouvant dans un état très grave.

Les 3 premiers ont été traités par un extrait de foie de mammifères, dont 30 à 50 ampoules, représentant 3 à 5 kilogr. de foie total, furent données en une fois. Le quatrième malade prit une dose de 600 cmc d'extrait de foie de poisson en 48 heures. Les 2 premiers malades reçurent en outre une à deux transfusions de sang.

Chez tous ces malades se produisit une réaction réticulocytaire rapide et une augmentation du chiffre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine. Dans 2 cas on nota une leucocytose prononcée avec déviation vers la gauche de la formule des leucocytes à granulations. Un autre malade présenta une leucocytose légère avec diminution des lymphocytes, mais sans déviation à gauche des granulocytes.

En même temps l'état clinique de tous ces sujets s'améliora, les modifications des signes neurologiques restant les moins marquées.

Un des malades présenta un étranglement herniaire qui nécessita une intervention. Tout se passa normalement et sans altération notable de la formule sanguine. Une nouvelle dose massive d'extrait de foie fut donnée à ce moment au malade dont le chiffre initial de globules rouges était de 580.000 et dont les hématies étaient passées en 35 jours à 4.000.000, taux auquel elles se maintenaient depuis le même nombre de jours lorsque surgit la complication chirurgicale. Les résultats de cette thérapeutique semblent donc se maintenir assez longtemps, mais leur durée précise n'a pu être établie, deux des malades ayant été trop peu de temps en observation.

P.-L. Marie.

A. Capper. ***La nature de l'anémie de von Jaksch; effet de la splénectomie*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. CLXXXI, n° 5, Mai 1931). — C. relate 2 cas d'anémie de von Jaksch survenus tous les deux chez des enfants dont les parents étaient Italiens.

La première, âgée de 2 ans et demi, nettement rachitique, avait été atteinte de paludisme à 9 mois. On ne constatait pas chez elle de signes de syphilis ni de tuberculose. La radiographie décelait de la raréfaction osseuse et de l'atrophie des os. L'anémie était très marquée (G. R. 1.700.000; Hb. 10 pour 100), mais la leucocytose était relativement faible (G. B. 10.000). Les diverses thérapeutiques employées (fer, foie, arsenic) étant restées sans effet et les transfusions n'étant suivies que d'une amélioration très fugitive, on fit la splénectomie. La rate pesait 120 gr. De consistance molle, elle présentait une hyperplasie diffuse avec de la fibrose et de la périsplénite. Bien que le chiffre des globules rouges ne se soit pas beaucoup modifié, une amélioration temporaire survint et l'on put se contenter désormais d'une transfusion par mois au lieu de trois ou quatre. Il se produisit une leucocytose considérable (G. B. 47.000) et persistante, accompagnée d'une augmentation modérée des réticulocytes et très marquée des normoblastes (69 pour 100). Fait curieux, la cholestérinémie s'élevait chez la malade à 2 gr. 08 par litre.

La seconde malade, âgée de 2 ans, antérieurement atteinte de troubles gastro-intestinaux à répétition, présentait à son entrée un gros foie, une rate volumineuse, des signes de rachitisme léger et une anémie intense (G. R. 2.000.000; Hb. 25 pour 100), accompagnée de leucocytose (G. B. 22.000) avec quelques normoblastes. La radiographie montrait de la déminéralisation généralisée des os longs et de l'atrophie de tous les os. La splénectomie permit d'enlever une rate de 435 gr., un peu dure, présentant une sclérose diffuse assez marquée et de l'hyperplasie chronique, d'origine surtout endothéliale. L'opération fut suivie de modifications sanguines analogues, et l'anémie s'amé-



liora en ce sens que l'enfant n'eut plus besoin de transfusions aussi répétées pour maintenir le taux de l'hémoglobine à 35-40 pour 100. Mais la malade demeura très faible malgré tous les soins reçus.

L'étiologie de l'anémie de von Jaksch est encore très obscure. C. estime que l'hémolyse doit jouer un rôle important dans sa genèse ainsi que le laissent supposer la réaction positive indirecte de van den Bergh, l'augmentation de l'indice ictérique du sérum, la fragilité globulaire accrue et la grande quantité d'urobiline urinaire et fécale qu'il a constatées chez ses malades.

P.-L. MARIE.

P. G. Denker. ***L'effet de la caféine sur la pression du liquide céphalo-rachidien*** (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. CLXXXI, n° 5, Mai 1931). — D. a constaté chez 49 des 50 sujets qu'il a étudiés un abaissement marqué de la pression du liquide céphalo-rachidien atteignant en moyenne 36 pour 100 à la suite de l'injection intraveineuse de caféine-benzoate de soude (0 gr. 32). Cette diminution se produit dans les 5 minutes qui suivent l'injection. La pression regagne son niveau normal au bout de 37 minutes. L'action de la caféine se manifeste aussi bien dans les cas où la pression intracranienne est augmentée que dans ceux où elle est normale.

D. discute le mode d'action de la caféine. Divers mécanismes peuvent être invoqués: effet sur la circulation, le collapsus momentané du myocarde entraînant la baisse de la pression artérielle et conséquemment celle du liquide céphalo-rachidien; action diurétique de la caféine, la déshydratation de l'organisme produisant la diminution de la pression céphalo-rachidienne; action stimulante de la drogue sur le centre respiratoire qui crée un état d'alcalose légère aboutissant à une diminution de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien.

L'injection intraveineuse de caféine semble donc recommandable dans les cas où la pression intracranienne est augmentée (tumeurs cérébrales, fractures du crâne, hémorragie cérébrale, céphalée des hypertendus en l'absence de néphrite) et elle a déjà fait ses preuves dans le service de neurologie de Bellevue Hospital.

P.-L. MARIE.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Varsovie)

M. Demianowka. ***Contribution à l'étude de la sclérose en plaques familiale*** (*Polska Gazeta Lekarsk*, tome X, n°s 19 et 20, 17 Mai 1931). — L'étiologie de la sclérose en plaques, malgré les nombreuses études qui lui ont été consacrées, n'est pas définitivement résolue. Deux théories entièrement opposées trouvent des partisans fervents. Une pathogénie exogène attribue le processus sclérosant aux facteurs étrangers à l'organisme. L'autre, endogène, cherche l'explication de l'affection dans le terrain qu'elle frappe. La maladie, relativement fréquente, est cependant rarement familiale; bien que les observations de sclérose en plaques familiale plaident en faveur d'un facteur héréditaire, elles n'éliminent cependant pas la possibilité de l'intervention d'une cause infectieuse, elles méritent toujours d'être signalées en raison de leur rareté. D. recueille les observations de sclérose en plaques disséminées dans le cerveau et la moelle chez les membres de trois familles. La première observation concerne un frère et une sœur, la deuxième a trait à deux sœurs, la troisième relate l'histoire de la maladie frappant deux sœurs et un frère.

Dans toutes ces observations le diagnostic est incontestable, mais les conclusions au point de vue étiologique ne peuvent pas être absolues. Le fait même de la rareté de la sclérose en plaques familiale ne permet pas de faire pencher la balance soit vers l'une, soit vers l'autre théorie. Si la sclérose en plaques était d'origine infectieuse, il aurait fallu s'attendre à un début à peu près simultané chez les membres de la même famille, ce qui n'a pas été observé.

Il est probable qu'il existe un certain degré d'affaiblissement congénital de la résistance du système nerveux, condition favorable d'une façon générale à l'éclosion de l'affection. Les facteurs exogènes peuvent intervenir alors pour créer la sclérose en plaques. Il serait intéressant d'étudier si d'autres affections peuvent se greffer également sur ce terrain déficient et quelles seraient ces autres affections.

FRIBOURG-BLANC.

T. Falkiewicz. ***L'épilepsie avec tétanie*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome X, n°s 19 et 20, 17 Mai 1931). — La question de la relation qui existe entre la tétanie et l'épilepsie n'est pas définitivement résolue malgré de nombreux travaux théoriques et des observations cliniques rapportées. Après une rapide analyse des opinions de divers auteurs, F. relate l'observation qui fait l'objet de son travail. Il s'agit de crises épileptiques éclatant à la phase culminante de la tétanie.

Le malade, un jeune ouvrier de 22 ans, rachitique dans la première enfance, présente des crises de tétanie depuis l'âge de 5 ans avec une période d'accalmie entre 14 et 19 ans. Ces crises de contracture siègent aux mains et quelquefois aux pieds, elles sont fréquentes, très douloureuses et provoquent quelquefois la perte de connaissance en raison de la douleur et durent généralement environ cinq minutes pour disparaître progressivement, laissant une certaine sensation de fatigue.

Les crises ne se produisent jamais la nuit. Depuis plusieurs semaines les crises augmentent d'intensité et de fréquence, de plus les crises avec perte de connaissance deviennent quotidiennes. Les crises de ce dernier type présentent cette particularité qu'elles se déroulent en deux phases. Au moment où la contracture douloureuse atteint son maximum, le malade perd connaissance et présente une crise épileptique généralisée typique avec morsure de la langue. Le malade présente tous les signes de la tétanie. Dans le sang on note une diminution sensible du Ca. Le liquide céphalo-rachidien est normal, la radiographie cranienne ne révèle aucune anomalie. Psychiquement le malade est tout à fait normal.

Dans l'interprétation donnée à son cas, F. considère que la première phase de la crise est en rapport avec la tétanie, la seconde comme épileptique. De plus il souligne l'attitude myotonique des mains dans les intervalles des crises. F. estime que la phase épileptique de la crise prend naissance par la voie réflexe sous l'influence du facteur sensitif très prononcé, se dirigeant par l'intermédiaire du neurone sensitif jusqu'à la couche optique et de là vers les noyaux de la base et l'écorce.

L'attitude myotonique des mains entre les crises est due aux petites crises tétaniques d'origine réflexe.

Il semblerait que dans ce cas la tétanie soit à la base du syndrome. La question de la localisation des crises tétaniques et de la phase tonique épileptique ne peut pas être envisagée avec quelque chance de probabilité, il y a lieu d'envisager plutôt l'existence d'un processus complexe physiopathologique.

Au point de vue thérapeutique les bromures et le luminal suppriment les crises à double phase, mais les crises de tétanie pure persistent. Par contre l'administration des sels de Ca supprime les deux genres de crises. Ceci fait penser, à défaut d'autres causes étiologiques, et en raison du rachitisme de l'enfance, aux troubles d'origine parathyroïdienne.

FRIBOURG-BLANC.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos Aires)

A.-M. Centeno. ***L'urométrie salivaire*** (*La Prensa Medica Argentina*, tome XVII, n° 36, 30 Mai 1931). — Comme la série des auteurs dont il rapporte les recherches, C., à la suite d'un nombre considérable de dosages, établit qu'il y a parallélisme presque absolu entre l'azotémie et le chiffre de l'urée contenue dans la salive. Les différences ne portent que sur quelques décimales et, dans les cas pathologiques, les modifications se font toujours dans le même sens.

Il serait inutile pour cette recherche de provoquer l'afflux salivaire par la pilocarpine. Un quart d'heure suffit en général pour recueillir la quantité de salive nécessaire.

On comprend l'intérêt de la méthode lorsque les veines du sujet sont inaccessibles.

M. NATHAN.

A. Galindez et J.M.A. Delrioz. ***Rapports entre les formes cliniques et anatomo-pathologiques de la cholécystite chronique*** (*La Prensa Medica Argentina*, tome XVII, n° 36, 30 Mai 1931). — Reprenant l'étude des différentes formes de la cholécystite chronique, bien mises en évidence par Chiray et ses élèves, G. et D. montrent que ces différents tableaux cliniques correspondent à des lésions différentes intéressant tant la vésicule biliaire que les organes environnants (pylore, côlon, duodénum, péritoine, etc.).

Ces formes sont, on le sait, les formes gastralgiques, avec leurs sous-variétés dyspeptiques, gastralgiques, pseudo-ulcéreuses et pseudo-cancéreuses, les formes coliqueuses classiques, ictériques intestinales, péritonéales et cardiaques.

Il ne faut donc rien négliger pour préciser le diagnostic, particulièrement délicat dans les formes gastriques. Cette superposition des notions cliniques et anatomiques touchant particulièrement les lésions de voisinage permet de mieux établir les indications et contre-indications opératoires. A cet égard, G. et D. insistent particulièrement sur les formes digestives en quelque sorte larvées dont la fréquence dépasse, d'après eux, tout ce que leurs devanciers ont pu imaginer. M. NATHAN.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos Aires)

V. Defelice. ***L'action toxique de l'hydrogène sulfuré et des hydrocarbures dans l'industrie du pétrole et de ses dérivés*** (*La Semana Medica*, tome XXXVIII, n° 31, 21 Mai 1931). — On connaît les accidents graves déclenchés par les vapeurs d'hydrogène sulfuré et de carbures d'hydrogène. Les syncopes, par inhibition bulbaire, les troubles oculaires, les anémies consécutives, sont loin d'être exceptionnels, aussi D. propose-t-il des mesures préventives très sévères et très précises.

Il faut, dit-il, empêcher toute émanation de gaz au dehors. Lorsque ces émanations sont inévitables, on élèvera de très hautes cheminées. Dans toutes les manipulations telles que les chargements et les déchargements de tonneaux, de convois, qui provoquent inévitablement la formation de vapeurs, opérer toujours à l'air libre ou dans un local vaste et aéré.

Le personnel, qui manipule le pétrole, devra être muni de masques protecteurs. Avant de permettre l'accès des ouvriers dans les fosses, on procédera à une large aération après avoir évacué les gaz et les liquides qu'ils contiennent. Pratiquer immédiatement la respiration artificielle à l'air libre dans tous les cas d'intoxication, utiliser également l'oxygène.

Il sera donc bon d'installer à cet effet un ozonateur dans les salles d'infirmerie.

M. NATHAN.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL

(Paris)

R.-J. Weissenbach et **F. Françon.** ***Un diagnostic facile et souvent méconnu : la tendo-synovite chronique sténosante de de Quervain*** (*Le Bulletin Médical*, tome XLV, n° 22, 30 Mai 1931). — La tendo-synovite chronique sténosante de de Quervain est une affection bien définie : par son étiologie habituellement traumatique; par sa lésion : virole fibreuse étranglant dans leur gaine synoviale les tendons long-abducteurs et court-extenseurs du pouce à leur passage sur la styloïde radiale; par ses symptômes : douleur exquise au point rétréci et gêne fonctionnelle de l'abduction-extension du pouce; par son évolution d'une chronicité désespérante; par son traitement chirurgical simple et facile qui consiste à lever la sténose. Si le diagnostic n'est pas plus souvent porté, c'est que l'affection est encore mal connue.

Elle frappe surtout le sexe féminin, entre 15 et 76 ans. Les professions comportant des travaux manuels assez rudes sont les plus atteintes. Dans la plupart des cas, l'origine traumatique est nette; tantôt le traumatisme est unique et violent, chute avec ou sans entorse, choc direct, mouvements forcés, rupture incomplète des tendons, fracture de la styloïde, tantôt, et c'est l'éventualité la plus fréquente, il est léger et répété, réalisé par des mouvements professionnels, il s'agit très souvent d'un accident du travail.

La situation superficielle des tendons des long-abducteurs et court-extenseurs du pouce, leur étirement dans l'abduction du pouce, le rôle fonctionnel important de ce doigt, rendent ces tendons plus vulnérables. Il s'établit un cercle vicieux entre l'irritation qui provoque la sténose et la sténose qui entretient et exagère l'irritation. Mais le *primum movens* échappe encore et W. et F. se demandent s'il n'y a pas lieu d'incriminer des perturbations d'ordre vaso-moteur susceptibles de modifier profondément la trophicité des tissus et d'entraîner des métaplasies.

Il faut, bien entendu, éliminer avec soin la synovite tuberculeuse, les fissures ou fractures de la styloïde, la névralgie de la branche dorsale cutanée du radial, l'ostéomyélite, etc.

Pour calmer la douleur, l'immobilisation, les applications chaudes ou froides ont leurs indications et particulièrement la cure d'Aix-les-Bains, mais il faut éviter soigneusement tous massages. L'intervention chirurgicale, sous anesthésie locale, est simple, facile, sans risque, elle soulage immédiatement, les résultats éloignés sont les plus favorables.

Robert Clément.

JOURNAL DES PRATICIENS

(Paris)

Nobécourt. ***53 observations d'enfants ayant ingéré du BCG pendant les premiers jours de la vie*** (*Journal des Praticiens*, tome XLV, n° 23, 6 Juin 1931). — De l'enquête très minutieuse poursuivie avec ses élèves, Kaplan et Liège, sur les enfants ayant ingéré du BCG soumis à son observation, N. a obtenu les résultats suivants :

Sur 53 observations, 64,15 pour 100 ont des cutiréactions négatives, 35,84 pour 100 des cutiréactions positives.

Chez les enfants ayant des cutiréactions négatives, la première recherche a été pratiquée 15 fois dans les 3 premiers mois, 9 fois entre 3 et 7 mois, 8 fois de 7 à 12 mois, 2 fois entre 12 et 22 mois. 7 intra-dermoréactions à la tuberculine à 1 pour 1.000 ou à 1 pour 100 ont été également négatives; 8 réactions de Besredka ont été négatives; la sérofloculation à la résorcine de Vernes a été positive 1 fois sur 8.

Sur les 34 enfants ayant des cutiréactions négatives, 10 sont nés de parents tuberculeux, 5 ont fait des séjours passagers en milieu suspect, 19 ont des parents bien portants et n'ont pas eu de contact tuberculeux. Pour 8 enfants seulement (23,52 pour 100) il y a possibilité de contagion, mais la contagion reste douteuse, dans 76,47 pour 100 des cas on ne trouve pas de contagion. La mortalité a été de 50 pour 100, la mort étant survenue entre 25 jours et 6 mois 1/2. 6 autopsies pratiquées ne montrent pas de lésions tuberculeuses.

19 *enfants avaient des cutiréactions positives.* Parmi ces enfants, 36,8 pour 100 ne présentent aucun symptôme pouvant faire penser à la tuberculose, 63,1 pour 100 présentent certains symptômes pouvant y faire penser. La réaction de Besredka a été négative toutes les fois qu'on l'a recherchée ; la réaction de Vernes, positive 2 fois sur 7. Ces enfants avaient été exposés à la contagion tuberculeuse dans 55 pour 100 des cas seulement. La mortalité est de 52,3 pour 100. Sur 5 autopsies, on trouve 2 fois des ganglions caséeux, 3 fois aucune lésion suspecte de tuberculose.

Parmi les phénomènes morbides ou réactionnels observés après l'ingestion de BCG, N. rapporte quelques observations d'adénopathies trachéo-bronchiques, d'adénopathies périphériques sur la nature desquelles on peut discuter.

Chez les enfants qui n'ont présenté aucun phénomène morbide ou réactionnel, après l'ingestion de BCG, près des 2/3 ont des cutiréactions négatives, les 3/4 au moins n'ont pas subi de contact tuberculeux. Pour ces enfants, il est impossible de tirer aucune conclusion relative à la réalité de leur vaccination.

Robert Clément.

REVUE DE MÉDECINE

(Paris)

M. Péhu et **L. Faure.** ***Les scissurites tuberculeuses de l'enfance*** (*Revue de Médecine*, tome XLVIII, n° 6, Juin 1931). — Sous le terme de scissurite, P. et F. entendent « une inflammation plastique ou adhérentielle ou fibro-conjonctive atteignant soit les lèvres seules, soit la totalité d'une scissure interlobaire » et éliminent les épanchements liquidiens ou gazeux.

Après un rappel anatomique, sont envisagés les aspects anatomo-pathologiques des scissurites tuberculeuses de l'enfance.

L'étude clinique ne permet que rarement d'établir le diagnostic de scissurite, les signes physiques ne sont pas caractéristiques, les signes fonctionnels sont rarement exprimés par l'enfant, les signes généraux sont variables. L'évolution varie avec la nature et la gravité des lésions associées, les signes sont surtout des signes d'emprunt.

C'est la radiologie qui permet de dépister la scissurite, d'en suivre l'évolution et de porter un pronostic. Plusieurs techniques, dont chacune a des avantages et des inconvénients, ont été préconisées, on a le devoir de les employer toutes successivement. La scissurite se présente sur les clichés, tantôt sous la forme d'une simple ligne transversale, tantôt d'une véritable bande, tantôt elle est constituée par 2 images superposées; parfois enfin, elle a l'apparence d'un triangle à base médiastinale dont la pointe s'avançant dans le parenchyme, a été comparée à différents becs d'oiseau.

L'évolution est variable suivant la nature de la lésion. La scissurite a surtout de la valeur pour le diagnostic de la tuberculose; elle vient apporter la signature de certaines bronchites prolongées, des cortico-pleurites, des adénopathies médiastinales, des manifestations cutanées, des néphrites et de certaines cachexies du nourrisson dont l'étiologie, parfois, est difficile à préciser.

La radiologie ne permet pas de dire si la scissurite a une origine parenchymateuse ou si le substratum anatomique est représenté par une inflammation provenant des ganglions caséeux et atteignant la plèvre interlobaire et la plèvre médiastine. Sur 35 autopsies de jeunes enfants tuberculeux entre 3 mois et 3 ans, P. et F. ont trouvé 7 fois une scissurite, 3 seulement de ces cas présentaient une lésion voisine juxtaposée ou sous-jacente à la scissurite.

Il faut donc adopter une opinion éclectique : Si la scissurite est constatée sur les parties latérales du thorax, loin du hile, il y a beaucoup de chances pour que cette scissurite traduise une lésion parenchymateuse. Si l'image radiographique spéciale est notée dans la moitié interne de l'hémithorax, des réserves s'imposent. Mais si elle ne permet pas toujours de poser un diagnostic anatomique rigoureux, la radiologie permet le plus souvent de dire si la scissurite est de cause tuberculeuse ou non et c'est ce qui est le plus important.

Robert Clément.

H. Grenet. ***L'eczéma du nourrisson*** (*Revue de Médecine*, tome XLVIII, n° 6, Juin 1931). — Au milieu des eczémas, qui soulèvent encore tant de discussions, l'eczéma du nourrisson a une physionomie particulière.

Il se développe chez des nourrissons d'aspect floride, parfois suralimentés, il semble plus fréquent chez les enfants élevés au sein. Il débute en général dans le deuxième mois de la vie, quelquefois plus précocement, jamais après le neuvième mois.

La forme la plus habituelle est l'eczéma localisé à la face; parfois, il s'étend de haut en bas; il existe un type consécutif à des lésions impétigineuses des oreilles, des narines ou des lèvres. Le prurit est intense et constant, le saignement des parties excoriées, de petites infections locales avec adénopathies sont les conséquences du grattage.

L'eczéma du nourrisson est une affection chronique, avec rémissions et paroxysmes ; parfois il alterne avec l'asthme.

Des complications peuvent survenir, comme les infections cutanées, l'impétigo, l'érythrodermie desquamative. Les infections à point de départ cutané s'accompagnent de fièvre, peuvent donner lieu à des manifestations viscérales, telles que broncho-pneumonies, néphrites, entérites ou méningites.

Certains accidents, très brusques, précédés de peu par l'affaissement et la disparition de l'eczéma, sont particuliers à l'eczéma du nourrisson ; c'est un collapsus avec pâleur extrême et coma, une hyperthermie suivie de mort rapide et même la mort subite. Le mécanisme de ces accidents est encore inconnu; il s'observe surtout à l'hôpital, ce qui pose la règle d'éviter l'hospitalisation des eczémateux.

L'eczéma frappe 5 à 10 pour 100 des nourrissons. On retrouve très souvent chez eux l'hérédité neuro-arthritique. On a invoqué un terrain tuberculeux ou syphilitique, une sensibilité spéciale de la peau. Il est vraisemblable que l'agent sensibilisant est d'origine alimentaire et la qualité du lait, teneur excessive en beurre ou en sucre a été incriminée. Les troubles humoraux paraissent jouer un rôle important. Les dosages de G. et Bonnet leur ont montré que le taux des protéines

du sang, abaissé dans les eczémas anciens, qu'ils soient ou non suintants, tend à revenir à la normale lorsque la lésion cutanée s'améliore sous l'influence d'un simple traitement local sans modification du régime. L'hypoprotéinémie serait une conséquence plutôt qu'une cause de l'eczéma. L'éosinophilie est habituelle, Woringer a montré, par des intra-dermo-réactions, la sensibilité à certaines protéines alimentaires, mais la sensibilité au lait est exceptionnelle, alors que les changements de régime ont souvent une heureuse influence, de sorte que la conception allergique ou anaphylactique de l'eczéma n'est encore qu'une hypothèse.

Le traitement sera surtout basé sur les bons effets des mutations lactées, sur la correction des erreurs alimentaires, l'amélioration des phénomènes digestifs. On pourra y ajouter une médication désensibilisante ou opothérapeutique. Le traitement externe et la cure climatique ont aussi leurs indications.

Robert Clément.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

Raul F. Vaccarezza (Buenos-Aires). ***Névralgies du trijumeau d'origine sérique*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome II, n° 5, Mai 1931). — Quatre jours après un traumatisme insignifiant atteignant le côté gauche de la face (piqûre avec une rose), une dame présenta un tétanos à prédominance facile, peu étendu au delà; la sérothérapie fut mise en œuvre de façon précoce. Au septième jour survinrent les manifestations habituelles de la maladie sérique, concurremment avec des manifestations plus rares (hématuries, cystite, vomissements répétés, etc.). A la suite de la disparition de ces troubles se déclencha une névralgie faciale intense, qui s'atténua au bout de plusieurs semaines, mais avec des séquelles qui persistent encore deux ans après. A bien noter que cette névralgie atteignit le côté de la face opposé au traumatisme. V. ne trouve à la névralgie d'autre cause que les injections de sérum antitétanique. Les cas de névrites sensitives post-sériques sont exceptionnels.

L. Rivet.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

G. Ramon. ***Sur les propriétés essentielles de l'anatoxine diphtérique*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVI, n° 5, Mai 1931). — L'action du formol et de la chaleur, qui fait disparaître entièrement la nocivité de la toxine diphtérique, n'altère pas les qualités antigènes de l'anatoxine résultant de cette action. L'anatoxine se révèle aussi spécifique dans son pouvoir floculant, dans son pouvoir saturant vis-à-vis de l'antitoxine que la toxine elle-même.

L'anatoxine n'est pas une toxine simplement modifiée par le formol et la chaleur; non seulement elle a perdu toute nocivité, mais elle a gardé ses propriétés antigènes, son pouvoir floculant et immunisant. Elle flocule en présence de la toxine et la mesure de ce pouvoir de floculation est aussi celle de son pouvoir de saturer la toxine *in vitro* et de déterminer *in vivo* l'immunité spécifique.

Il est à peu près impossible pratiquement de fixer sur l'animal d'expérience la valeur absolue de l'action immunisante d'un échantillon d'antitoxine.

La floculation permet d'estimer rapidement la valeur antigène intrinsèque absolue de chaque échantillon d'anatoxine ou, autrement dit, le pouvoir qui appartient en propre à chaque échantillon doit produire l'immunité spécifique. 3 séries d'essai dans des colonies scolaires ont montré le parallélisme du pouvoir floculant et du pouvoir immunisant: après 2 injections d'anatoxine titrant 7 et 4, 5 unités, 80 pour 100 des enfants vaccinés sont immunisés; avec les mêmes doses d'anatoxine titrant 16 et 12,5 unités, 94,2 pour 100 des enfants sont immunisés.

R. a mesuré la valeur antitoxique du sérum de chevaux immunisés soit avec la toxine, soit avec l'anatoxine: les sérums obtenus avec l'anatoxine atteignent des titres d'antitoxine aussi élevés que ceux préparés avec la toxine. La valeur des diverses propriétés de l'antitoxine varie avec le pouvoir intrinsèque de l'antigène utilisé, qu'il s'agisse de toxine ou d'anatoxine, et aussi avec certains facteurs appartenant à l'organisme producteur.

La réaction de floculation permet encore d'apprécier le pouvoir dissociant de l'anatoxine. L'anatoxine diphtérique ajoutée à un mélange neutre de toxine et d'antitoxine spécifique dissocie ce mélange et, s'unissant à l'antitoxine, libère une portion plus ou moins grande de toxine.

L'anatoxine diphtérique conserve intégralement ses propriétés pendant 5 années au moins. Elle résiste à la chaleur; elle est irréversible, c'est-à-dire qu'elle ne risque pas de redevenir toxique dans l'organisme vivant.

Ces propriétés: innocuité, résistance particulière à la chaleur, irréversibilité, valeur antigène intrinsèque, se traduisant par le pouvoir de provoquer la formation abondante d'antitoxine dans l'organisme humain ou animal, pouvoir dissociant, confèrent à l'anatoxine une existence propre justifiant sa dénomination spéciale.

Robert Clément.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

Laignel-Lavastine, Rogues de Fursac et **G. d'Heucqueville.** ***Le pH urinaire dans le diagnostic des états de dépression*** (*Annales Médico-psychologiques*, 89e année, tome I, n° 4, Avril 1931). — Laignel-Lavastine a déjà montré chez les déprimés anxieux l'existence d'un trouble de l'équilibre acido-basique des humeurs qui se traduit par un état d'alcalose. Le pH urinaire qui chez les sujets sains à jeun est de 6 en moyenne atteint chez ces malades le chiffre 7. Les auteurs pensent que l'étude du pH urinaire peut servir à des fins étiologiques, et permettre de distinguer les états de dépression essentielle des états de dépression cliniquement analogues, mais symptomatiques d'une schizophrénie.

Ainsi qu'il ressort des observations rapportées dans ce présent travail, alors que le pH urinaire se maintient stable dans la zone alcalosique de 6,5 à 7,5 chez les déprimés essentiels, chez les schizophrènes le pH est très instable et variable au cours de l'évolution, d'un jour à l'autre, sans rapport avec les modifications cliniques, et oscille entre les chiffres extrêmes de 5 et 9.

La discordance des chiffres du pH et de l'état clinique dans la schizophrénie s'apparente à la même dysharmonie que l'on peut observer dans cette affection entre les divers états psychiques, affectifs et moteurs.

Elle permet en tout cas de faire parfois de façon précoce le diagnostic de l'affection.

H. Schaeffer.

Capgras et **Fail.** ***Statistique d'une année de malariathérapie*** (*Annales Médico-psychologiques*, 89e année, tome I, n° 4, Avril 1931). — La statistique des auteurs porte sur 46 malades dont 34 malades seulement, soit 74 pour 100, ont pu être traités complètement. La malariathérapie a toujours été suivie du traitement par le stovarsol dont les bons effets sont connus dans la paralysie générale.

Les auteurs ont observé après ce traitement une atténuation de la réaction albumino-cytologique une absence de modification de la réaction des globulines et du Wassermann. Cliniquement les résultats obtenus sont les suivants: 6 pour 100 de rémission complète et 9 pour 100 de rémission incomplète; 6 pour 100 de grande amélioration; 18 pour 100 de petite amélioration; 38 pour 100 des malades non modifiés; 20,6 pour 100 des malades dont le syndrome mental a changé d'aspect, et, ne rappelant plus celui de la paralysie générale, se rapproche plutôt de la démence paranoïde ou de la psychose maniaque dépressive; 3 pour 100 de décès.

Ces résultats montrent que la malariathérapie est susceptible de donner dans la paralysie générale des résultats appréciables, mais qui ne sont peut-être pas aussi remarquables qu'on s'était plu à le penser primitivement.

H. Schaeffer.

JOURNAL DE PHYSIOLOGIE ET DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE (Paris)

M. Arthus. ***Les anavenins; toxicité des sérums formolés pour les animaux anaphylactisés; réactions d'anaphylaxie provoquées par les anavenins*** (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, tome XXIX, n° 2, Juin 1931). — A. a déjà montré que le formol, à concentration suffisante, fait disparaître progressivement et finit par supprimer complètement l'entière toxicité des venins. Il abolit en particulier leur propriété protéotoxique.

Aussi A. s'est-il demandé si le formol ne supprimerait pas également l'action protéotoxique des sérums telle qu'elle se manifeste chez les animaux anaphylactisés, ce qui pourrait présenter des avantages dans la pratique de la sérothérapie, à condition que les propriétés antitoxiques des sérums thérapeutiques ne fussent pas modifiées par le formol.

Il n'a pas été possible malheureusement, en faisant agir le formol sur le sérum de cheval ou sur une solution d'ovalbumine, de rendre ces deux liquides organiques inoffensifs pour le lapin anaphylactisé.

On pourrait croire ainsi que les protéines du sérum de cheval et du blanc d'œuf ne sont pas modifiées par le formol au point de vue de leur toxicité pour les animaux anaphylactisés, et qu'en cela elles diffèrent des venins de serpents. Or, si l'on débarrasse du formol qu'ils contiennent les anavenins et qu'on les injecte dans les veines chez des lapins anaphylactisés par des injections sous-cutanées d'anavenins, on constate qu'ils déterminent des réactions anaphylactiques, caractérisées par la dépression artérielle et l'accélération respiratoire. Il importe de noter que les anavenins injectés dans les veines de lapins anaphylactisés ne provoquent, à côté des accidents protéotoxiques, aucun autre accident faisant partie de la symptomatologie de l'intoxication par le venin correspondant.

La crise d'anaphylaxie provoquée par injection intraveineuse d'anavenin n'est pas spécifique chez le lapin, c'est-à-dire qu'elle se produit non seulement quand l'animal a été préparé par le même anavenin ou par le venin correspondant, mais encore quand il a été préparé par un autre anavenin ou même par du sérum de cheval.

Les anavenins déterminent chez les animaux anaphylactisés des accidents locaux, qui ne sont d'ailleurs pas plus spécifiques chez le lapin que les accidents généraux. Ces accidents locaux ont très vraisemblablement la même signification que les accidents locaux exceptionnellement observés chez l'homme au cours de la vaccination par l'anatoxine diphtérique.

P.-L. Marie.


LE COMPLÉMENT TRÈS EFFICACE DE LA CURE THERMALE
urazine
CITRO-SALICYLATE DE PIPÉRAZINE
DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE ANALGÉSIQUE ANTISEPTIQUE
EN TUBES DE 20 COMPRIMÉS A 0gr,30
EN FLACONS DE GRANULÉS EFFERVESCENTS
GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISME
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE _ PARIS _ 3E

REVUE DE STOMATOLOGIE

(Paris)

Moutier. ***Stomatologie et gastro-entérologie : nécessité et efficacité de leur collaboration dans le traitement de certaines maladies graves de l'appareil digestif*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIII, n° 5, Mai 1931). — M. montre que l'infection du tube digestif ne se produit pas toujours directement par pyophagie, mais souvent de dedans en dehors. Il reprend donc les idées de septicité et rappelle les expériences de Sanarelli, de Rosenon, de Christophe. Mais M. n'a pas retrouvé par ses expériences de laboratoire le tropisme électif indiqué par l'école américaine. Il pense à l'influence primitive ou secondaire d'une infection bactérienne dans les formes graves ou traînantes de l'ulcère gastro-duodénal, dans la gastro-duodénite hémorragique, dans certaines anémies relevant de la mise en liberté d'hémolysines fournies par un streptocoque parasitant les voies digestives et retrouvé par Hurst dans le duodénum. Ces anémies s'accompagnent d'anachlorhydrie comme Wittes et Moutier l'ont montré.

Dans 3 cas présentés par M., le microbe causal a été retrouvé par ponction des languettes pyorrhéiques du malade et l'autovaccinothérapie apporta une amélioration rapide à ces affections gastro-intestinales.

C. Ruppe.

Bercher. ***Ostéopériostite pseudo-kystique de la symphyse mentonnière*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIII, n° 5, Mai 1931). — B. présente 3 observations d'ostéopériostite pseudo-kystique de la symphyse mentonnière où il existe un désaccord entre l'image radiographique qui est celle d'un kyste para-dentaire, l'examen clinique qui conduit au diagnostic d'ostéo-périostite chronique et les lésions découvertes au cours de l'intervention qui sont celles d'un tissu de granulation sans poche kystique.

C. Ruppe.

Vincent René. ***Le clapier pyorrhéique; interprétation, traitement*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIII, n° 5, Mai 1931). — V. étudie la pyorrhée microbienne à l'exclusion des alvéolyses aseptiques. Ses recherches lui permettent d'avancer les faits suivants :

1° Le prélèvement aseptique dans la gencive cliniquement atteinte, au stade de congestion locale, permet d'obtenir les colonies d'une seule et même espèce et par ordre de fréquence, le staphylocoque parvulus, blanc, doré, le streptocoque viridans, hémolytique et l'entérocoque. Le microbe est le même que celui trouvé dans d'autres foyers infectieux de l'organisme.

2° Le clapier pyorrhéique est occupé au contraire par une flore polyvalente.

3° L'infection gingivale n'est pas primitive, d'origine buccale. Elle est au contraire secondaire à un état infectieux localisé loin de la bouche. La gencive joue le rôle d'émonctoire, de porte de sortie. Cette hypothèse est basée sur l'unicité du germe retrouvé par ponction de la languette gingivale, sur l'analogie entre le tissu gingival lymphoïde et les autres éléments lymphoïdes du tube digestif, sur la disposition anatomique des artères dentaires, sur le tropisme du streptocoque, du staphylocoque, de l'entérocoque pour la gencive.

4° La prophylaxie ne paraît pas avoir un rôle prépondérant dans la pyorrhée. Pour qu'elle produise des effets nocifs, il faut un fléchissement de la barrière gastrique et une altération de la muqueuse intestinale.

5° La vaccinothérapie donne de bons résultats au début, au stade de congestion. Elle est moins favorable et moins durable dans les formes à marche rapide. Elle est suivie de peu d'effets apparents sur les clapiers pyorrhéiques constitués lentement.

6° Les seuls traitements efficaces sont ceux qui, détruisant la zone inflammatoire du clapier, transforment les tissus profonds en tissus scléreux de cicatrisation. V. donne sa méthode qui consiste en des injections d'un produit à la fois sclérosant et antiseptique.

C. Ruppe.

Dechaume. ***Ostéites corticales des maxillaires.*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIII, n° 7, Juillet 1931). — Groupant 5 observations, D. fait une étude des ostéites corticales des maxillaires. Elles sont dues à une inflammation provenant soit d'infections cutanées (furonculose), soit d'infection muqueuse (accidents éruptifs, stomatite, etc.), soit d'ostéo-phlegmon.

La lésion intéresse le périoste et la corticale. Suivant le degré de l'infection, elle fait proliférer ou détruit le périoste; elle dénude l'os, le raréfie ou le séquestre ; elle reste localisée ou se diffuse.

C. Ruppe.

Landais. ***Quelques troubles réflexes d'origine dentaire*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIII, n° 7, Juillet 1931). — L. apporte quelques faits nouveaux à verser au chapitre des troubles réflexes d'origine dentaire.

1° *Des phénomènes douloureux provenant d'une prémolaire ou d'une molaire sont susceptibles de déclancher de la rhinorrhée qui en imposerait pour une sinusite d'origine dentaire.* Mais cet écoulement nasal a une allure spasmodique, et reste un écoulement séreux. La radiographie, l'examen du sinus confirment ce diagnostic de troubles réflexes.

2° L. se demande avec Levesque, si une irritation prolongée, d'origine dentaire du V., n'entraîne pas une *susceptibilité particulière de la muqueuse des fosses nasales* qui la rende apte à l'infection. Ainsi s'expliqueraient les améliorations apportées par les soins dentaires dans les rhinites muqueuses ou muco-purulentes tenaces.

3° L. insiste sur les *répercussions à distance des algies sympathiques* dont le propre est de faire tache d'huile. Il en cite une observation.

4° *L. se demande si un certain nombre de migraines ne proviennent pas d'irritation dentaire.* Il rappelle, à ce propos, les opinions émises sur la cellulite médicale chronique, rapportée par les uns à une lésion du sympathique engendrant secondairement un trouble trophique du tissu cellulaire et par les autres à une lésion de sclérose du tissu cellulaire avec retentissement secondaire sur le sympathique.

C. Ruppe.

Sassier. ***Guérison rapide d'une ostéomyélite grave par la phagothérapie*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIII, n° 7, Juillet 1931). — S. donne l'observation d'une ostéomyélite grave, compliquée de fracture et de fistules multiples, durant depuis 3 mois et jugulée en 6 jours, par la bactériophagie.

Outre l'intérêt étiologique et clinique de ce cas, S. rappelle, du point de vue thérapeutique, les règles d'Hauduroy, sur la phagothérapie :

1° Bonne préparation du bactériophage, pour éviter les cultures secondaires après filtration ;

2° Spécificité du bactériophage;

3° Ne pas dépasser 3 ou 4 injections sous-cutanées pour ne pas provoquer la sensibilisation de l'organisme et l'aggravation de l'infection;

4° Nécessité fréquente d'association avec la vaccinothérapie.

C. Ruppe.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA

(Milan)

Arrigo Orsi et Giovanni Bravetta. ***Ergotamine et tonus sympathique*** (*La Clinica Medica Italiana*, LXII° année, n° 5, Mai 1931). — O. et B. ont étudié l'action du tartrate d'ergotamine pris par voie buccale chez six malades atteints d'affections variées, mais présentant tous un tonus sympathique élevé au sens relatif ou au sens absolu. Dans la plupart des cas, le nombre des pulsations a diminué; dans presque tous, la pression artérielle s'est élevée, l'élévation portant soit sur la maxima, soit sur la minima, soit sur les deux ; le dermographisme est devenu moins intense et est apparu plus tardivement ; dans deux cas, la motilité intestinale est devenue plus forte ; enfin la courbe de la glycémie alimentaire, étudiée dans un cas, s'est abaissée. Chez tous les malades, les troubles subjectifs relevant de l'état sympathicotonique ont été heureusement influencés, mais chez deux d'entre eux l'administration du médicament a dû être suspendue devant l'apparition de crampes et de paresthésies traduisant une sensibilité spéciale au médicament. Néanmoins, le bénéfice du traitement a été tel que les auteurs conseillent de l'employer chez tous les sympathicotoniques.

L. Rouquès.

Paolo Introzzi. ***Insulino et diabète insipide; l'action antidiurétique de l'insuline sur la polyurie*** (*La Clinica Medica Italiana*, LXII° année, n° 5, Mai 1931). — Villa a montré en 1924 que l'insuline pouvait diminuer la polyurie dans les cas de diabète insipide ; cette action de l'insuline ne semble pas constante, car elle a été confirmée par certains auteurs et niée par d'autres. Les recherches de I. ont porté sur trois malades présentant l'un un diabète insipide pur hyperchlorémique et hypochlorurique, un autre un diabète insipide pur normochlorémique et normochlorurique et le dernier un diabète mixte sucré et insipide, hypochlorémique et hyperchlorurique. Dans ces trois cas, l'insuline eut une action antipolyurique nette, mais d'intensité variable et de durée assez courte. La sensibilité de la polyurie à l'insuline n'est pas en rapport avec le degré de la chlorémie comme l'ont soutenu certains auteurs, puisque chez les malades de I. le chlore sanguin a présenté des valeurs très différentes. La diminution de la polyurie ne s'est accompagnée que dans un cas de l'augmentation du poids spécifique de l'urine ; dans les autres, le poids spécifique est resté bas, malgré une baisse de moitié du taux des urines. Pendant le traitement insulinique, de légères modifications humorales ont été observées : diminution de la concentration protéique du sérum, inversion du rapport sérine-globuline et rétention des chlorures. Ces modifications ne permettent pas de donner une explication de la baisse de la polyurie qui s'applique à tous les cas publiés et sa pathogénie reste encore inconnue.

L. Rouquès.

ANNALI ITALIANI DI CHIRURGIA

(Naples)

Luigi Carmona. ***Sur les altérations hépatiques consécutives à la ligature de l'artère hépatique*** (*Annali Italiani di Chirurgia*, tome X, n° 5, 31 Mai 1931). — On a diversement apprécié les conséquences des ligatures de l'artère hépatique, sans doute parce que ces ligatures ont été faites à des niveaux différents. C. a repris l'étude de la question et expose dans le présent article les suites de la ligature de l'artère avant la naissance de ses grandes collatérales, pylorique et gastro-duodénale.

20 chiens opérés ont tous supporté l'opération; ils ont été sacrifiés au bout de 2 à 150 jours. Dans un premier stade, on observe au niveau du foie de la stase sanguine dans le réseau veineux; rapidement, les cellules des endothéliums vasculaires et les cellules hépatiques dégénèrent et se nécrosent complètement, cela vers le 40e ou le 50e jour. Une néoformation de tissu conjonctif et de capillaires proportionnelle à l'intensité de la dégénération. se produit; des cellules hépatiques de néo-formation apparaissent; elles sont d'abord disposées d'une manière désordonnée, puis le processus se régularise et la structure lobulée du foie apparaît à nouveau.

L. Rouquès.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Munich)

Th. Schreus et E. Willms. ***Contribution clinique à l'étude du traitement anti-allergique de l'asthme, de l'eczéma et du rhume des foins*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 20, 15 Mai 1931). — Le traitement radiothérapique préconisé par divers auteurs mais jusqu'ici peu employé en Allemagne a fourni à S. et W. des résultats satisfaisants dans un certain nombre de cas de maladies anaphylactiques. Ils considèrent qu'ils ont obtenu une véritable désensibilisation ainsi qu'en témoignent en particulier la disparition de la sensibilité cutanée aux divers allergènes dans leurs cas de rhumes des foins.

Leurs observations appuyées sur les résultats des recherches expérimentales antérieurement publiées par de nombreux auteurs leur paraît donc justifier de nouvelles recherches et une plus large application de ce traitement qui est surtout justifié dans la thérapeutique du rhume des foins.

G. Dreyfus-Sée.

L. Seitz. ***Le placenta considéré comme une glande à sécrétion interne ; son action biologique sur l'organisme féminin*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, N° 21, 22 Mai 1931). — L'organisme de la femme en état de grossesse présente 2 modifications importantes : l'une, morphologique, comporte une impulsion de certains viscères qui retrouvent leurs possibilités de croissance : c'est ce qu'on a appelé le « rajeunissement féminin par la grossesse »; l'autre, d'ordre fonctionnel, est caractérisée par la variation des échanges; une série de réactions biologiques ou sérologiques diffèrent de l'état normal.

Par quel mécanisme l'œuf fécondé détermine-t-il ces modifications? Au niveau de la large surface de contact constituée par le placenta se produisent 3 ordres de phénomènes :

1° Les substances nécessaires au développement du fœtus sont retirées à la mère, soit directement. soit après avoir été élaborées par elle;

2° Des cellules de l'épithélium fœtal parviennent dans le courant circulatoire maternel et y sont détruites, donnant lieu à la formation de ferments spécifiques, produits de désintégration qu'on peut mettre en évidence par la réaction d'Abderhalden;

3° Le placenta est un organe à sécrétion interne dont l'apparition dans le cercle fonctionnel des autres glandes hormonales ne se fait pas sans en troubler le fonctionnement.

On note en particulier une apparition en quantités massives de l'hormone du lobe antérieur d'hypophyse (mise en évidence dans le sang ou les urines par la réaction d'Aschheim et Zondek); l'hormone ovarienne, décelable par les injections à la souris castrée, augmente également de quantité dans le sang; l'hypersécrétion de l'hormone thyroïdienne est prouvée par divers signes biologiques: augmentation de la teneur du sang en iode, de la teneur des muscles en acide lactique, action expérimentale sur la croissance des têtards.

On soupçonne également des modifications sécrétoires des autres glandes: surrénale, parathyroïdes, pancréas. En outre, l'action excitante est différente pour les diverses hormones actuellement isolées: hormones A et B du lobe antérieur hypophysaire, agissant l'une sur la croissance, l'autre sur la glande génitale; tonéphine hypertensive et orastine excitant la contraction utérine, toutes deux contenues dans le lobe postérieur d'hypophyse; folliculine et lutéine ovariennes.

Mais le placenta a une activité hormonale propre et il est vraisemblable qu'il est capable de sécréter lui-même l'hormone ovarienne et hypophysaire au niveau de son épithélium chorional. L'importance du placenta durant cette période modifie donc radicalement l'équilibre endocrinien: il prend la première place dans le cycle général de même que le thymus chez l'enfant, l'ovaire chez la femme pubère.

Ces modifications rapidement établies et régressant de même, intenses et réagissant sur chaque glande en particulier (pigmentation d'origine surrénale, augmentation du M. B. et variation du quotient albuminoïde dues à la thyroïde et à l'hypophyse, etc.) sont physiologiques chez les femmes réagissant normalement.

Mais chez celles qui ont un équilibre endocrinien instable, ou auxquelles une grossesse anormale (gémellité, môle hydatiforme, etc.) demande un effort trop considérable, des troubles d'intensité variable pourront apparaître.

Ces troubles rattachables à l'action endocrinienne du placenta seraient multiples:

Un premier groupe comprend les « hormonoses de grossesse par hyper- ou hypofonctionnement d'une des glandes subissant l'influence du placenta: acromégalie de la grossesse, diabète insipide transitoire, obésité ou cachexie se rapprochant de la cachexie de Simmonds, tous phénomènes d'origine hypophysaire, ostéomalacie par hyperfonction ovarienne ou troubles se rapprochant de ceux observés lors de la ménopause; bouffées de chaleur, troubles vaso-moteurs et manifestations articulaires; phénomènes d'hyper- ou d'hypothyroïdie plus ou moins marqués »; parfois même on note une action sur d'autres glandes: aggravation d'un diabète sucré, par exemple.

En deuxième lieu, on observe des modifications des échanges (métabolisme basal, quotient albuminoïde, etc.). Il est vraisemblable que les accidents de la grossesse, dits toxiques, tels que l'éclampsie, reconnaissent une origine analogue.

Enfin l'état de fatigue souvent intense du *post partum* serait dû à ces dépenses excessives par hyperfonctionnement glandulaire durant la grossesse.

Il n'est pas étonnant d'observer des modifications psychiques pendant et après la grossesse puisqu'on sait l'influence de l'équilibre endocrinien et surtout génital sur l'état mental féminin. Morphologiquement aussi on peut assister parfois à un développement tardif analogue à la transformation pubère. Il est intéressant de rapprocher ces faits des phénomènes observés lors de l'évolution d'une môle hydatiforme ou d'un chorio-épithélioma.

Le rôle du chorion est démontré, en effet, par l'apparition massive de l'hormone hypophysaire antérieure génitale dans le sang et les urines au cours de ces deux affections. En outre, l'éclampsie précoce (2e ou 3e mois) montre encore l'influence de l'épithélium du chorion, hypertrophié précocement dans ces cas pathologiques, et réalisant par conséquent un syndrome que le chorion placentaire normal ne parvient à déterminer que lors de sa maturité (7e ou 8e mois).

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin, Prague, Vienne)

E. Hoke. ***L'épreuve de l'iode ; sensibilité exagérée de la peau à l'iode dans la maladie de Basedow, dans les thyréotoxicoses, dans le basedowisme et chez les sympathicotoniques*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 18, 1er Mai 1931). — La sensibilité bien connue de la peau des basedowiens a donné à H. l'idée d'étudier les intradermo-réactions de ces malades à l'égard de divers produits: histamine, tuberculine et surtout solution iodurée.

Les expériences ont été faites dans 12 cas de maladie de Basedow bien caractérisée. L'intradermo-réaction, faite avec 0 cmc 2 d'une solution d'iodure de sodium à 8 pour 1000, détermine, en quelques secondes, une réaction papuleuse, avec aréole rouge, qui disparaît après un temps variable, deux heures au plus, sans laisser aucune trace. Cette réaction se retrouve chez les sympathicotoniques, chez certains tuberculeux, chez certains fébricitants, dans le syndrome de Raynaud, dans l'asthme. Mais, chez ces derniers malades, l'intradermo-réaction avec une solution d'histamine (« Imido Roche ») détermine souvent une réaction aussi intense, tandis que, chez les basedowiens, la solution d'histamine, de même que la solution chlorurée sodique à 8 pour 1.000, ne détermine pas de réaction cutanée comparable à celle de la solution iodurée..

La réaction à l'iode, par ses caractères et par son évolution, est tout à fait différente de la réaction à la tuberculine. Cette dernière ne présente, d'ailleurs, d'après l'expérience de H., aucune intensité particulière chez les basedowiens.

Pour apprécier le « test à l'iode », il importe de le pratiquer simultanément avec le test à l'histamine, de manière à apprécier, par comparaison, l'intensité et la durée plus grandes de la réaction à la solution iodurée.

J. Mouzon.

A. Kral. ***Les isoagglutinines dans le liquide céphalo-rachidien*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 18, 1er Mai 1931). — On a souvent étudié le passage des agglutinines des groupes sanguins (isoagglutinines) dans le liquide céphalo-rachidien. Herman et Halber ont recherché le pouvoir agglutinant dans 83 liquides céphalo-rachidiens, et ils ont réussi 11 fois à le mettre en évidence.

K. a repris cette étude, qui a porté sur 55 liquides, appartenant à 50 malades. Le groupe sanguin de chaque malade était d'abord déterminé, avec contrôle microscopique, et mesure du taux de chaque sorte d'agglutinines.

La présence d'agglutinines a pu être mise en évidence dans 11 liquides qui appartenaient à 7 malades : 2 cas de paralysie générale, 2 cas de tumeur cérébrale (avec liquide xanthochromique), un cas de méningite cérébro-spinale, un de méningite tuberculeuse, un de tabes.

Il faut remarquer que les agglutinines trouvées dans le liquide céphalo-rachidien se retrouvaient toujours, à un taux supérieur, dans le sang; l'agglutination avec le liquide était généralement plus tardive qu'avec le sérum; enfin, dans plusieurs cas, le liquide ne contenait pas toutes les variétés d'agglutinines contenues dans le sérum (Epstein et Podvinec ont constaté le même fait pour le lait).

Tous les cas où la recherche a été positive s'accompagnaient d'une augmentation marquée de la perméabilité méningée; le résultat, au contraire, a toujours été négatif dans les affections qui n'augmentent pas la perméabilité méningée (scléroses médullaires de l'anémie pernicieuse, psychoses diverses en dehors de la paralysie générale, etc.).

Dans 3 des cas positifs, il y avait xanthochromie ; dans plusieurs autres, la réaction des hémolysines était positive également; mais, dans certains cas, on retrouvait les hémolysines dans le liquide, et non les isoagglutinines.

Ces faits donnent à penser que les isoagglutinines du liquide céphalo-rachidien proviennent du sérum sanguin.

J. Mouzon.

E. Singer et **A. Woldrich.** ***La question de l'asthme bactérien*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 21, 22 Mai 1931). — Les observations de S. et W. ont été suivies à la clinique de Nonnenbruch à Prague. Elles concernent 20 asthmatiques, chez lesquels les antécédents paraissaient justifier le diagnostic d'asthme microbien. Pour chaque malade, un antigène était préparé avec les germes contenus dans ses crachats. On utilisait d'abord toutes les colonies qui poussaient sur gélose. Par la suite, S. et W. ne se servirent plus que des colonies de streptocoques, car il s'agit presque toujours, dans les asthmes microbiens, d'allergie streptococcique. Les streptocoques étaient habituellement d'un type non hémolytique, mais bien distinct du *viridans* (18 cas sur 20). Dans un cas, le germe était un staphylocoque, dans le dernier, un microcoque qui ne paraît pas avoir été identifié.

L'antigène préparé servit à pratiquer des cuti-réactions, des réactions de Prausnitz-Kustner et des réactions de déviation du complément.

La cuti-réaction fut positive dans 8 cas, douteuse dans 8 autres cas, négative dans les 4 derniers.

La réaction de Prausnitz-Kustner fut positive dans 3 cas (tous les 3 avaient une cutiréaction positive); elle fut douteuse dans 5 cas (dont 4 avaient une cuti positive, le cinquième, une cuti douteuse).

La réaction de déviation du complément fut négative dans les 20 cas.

Les 20 asthmatiques (sauf 2) ne réagissaient à aucun autre extrait (poussière, plumes, moisissures).

Tous furent traités par des autovaccins phénolés. Les vaccins étaient injectés sous la peau, à des doses croissantes de 50, 100, 200, jusqu'à 500 millions au maximum, à raison de deux injections par semaine, et jusqu'à concurrence de 25 à 30 injections. Les résultats ont été bons. Sur les 20 malades, 12 furent complètement débarrassés de leurs crises, 3 furent fortement améliorés, 3 autres furent légèrement améliorés, et 2 restèrent complètement rebelles au traitement. L'amélioration se manifestait généralement vers la 8e ou 10e injection. Les résultats se maintiennent depuis un an déjà. Il est bon de renouveler les cures chaque année à l'automne.

Les cuti-réactions et les réactions de Prausnitz-Kustner n'ont subi aucune modification à la suite du traitement. Les résultats thérapeutiques ont été généralement meilleurs dans les cas où les réactions cutanées d'allergie étaient présentes, mais il y a eu des améliorations satisfaisantes dans des cas où ces réactions faisaient défaut. La cuti-réaction a donc une valeur diagnostique et même pronostique, mais non absolue.

J. Mouzon.

DER CHIRURG

(Berlin)

W. Usadel. ***Guérison spontanée d'un anévrisme artério-veineux unissant l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne*** (*Der Chirurg*, tome III, n° 12, 15 Juin 1931). — La possibilité de guérison spontanée des anévrismes artério-veineux a été mise en doute, et les rares observations qui l'affirment ne sont pas véritablement probantes.

Le cas observé par U. est donc particulièrement intéressant puisqu'il vient ajouter un argument à la thèse non interventionniste que préconisent beaucoup de médecins considérant le danger de l'intervention et le peu de gêne fréquemment occasionnée par l'anévrisme.

Des symptômes cliniques (tumeur, bruit) et une image radiologique caractéristique permettaient d'affirmer l'anévrisme artério-veineux carotido-jugulaire, chez un sujet qui avait été blessé en 1916 à la moitié droite du cou par un éclat de grenade. Le projectile demeurait visible, et les symptômes objectifs étaient nettement accentués en 1924.

En 1930 un nouvel examen montrait la disparition absolue de la tumeur vasculaire.

Ce processus de guérison lente, sous traitement chirurgical, est à retenir au point de vue pratique, alors que beaucoup de chirurgiens préconisent encore l'intervention systématique. Les modalités de la guérison ne sont pas établies actuellement : l'hypothèse d'une thrombose veineuse est peu vraisemblable, car il y aurait eu des phénomènes emboliques. Plus probablement, il s'est produit une prolifération des tissus avec participation de l'endothélium vasculaire assurant la cicatrisation de la plaie des vaisseaux.

G. Dreyfus-Sée.

ZEITSCHRIFT für KREISLAUFFORSCHUNG

(Dresde)

E. Koch. ***Les relations de nature réflexe entre la pression artérielle et la respiration par l'intermédiaire des nerfs régulateurs de la pression*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, tome XXIII, n° 10, Mai 1931). — Au niveau des grosses artères, il existe des endroits remarquables d'où émanent des nerfs vasculaires centripètes; ce sont la crosse aortique et les sinus carotidiens. L'excitant spécifique de l'appareil récepteur, qui siège dans la paroi vasculaire, est représenté par la pression sanguine. Les excitations dont l'intensité varie dans le même sens que la pression sont transmises par les nerfs de l'aorte et des sinus jusqu'aux centres des nerfs vasculaires et des nerfs extra-cardiaques dont le tonus se trouve modifié de telle sorte que les vaisseaux périphériques se dilatent et que l'activité cardiaque est inhibée. La circulation se trouve ainsi réglée par ces réflexes particuliers.

Etant donné les relations fonctionnelles entre circulation et respiration, l'existence d'une régulation réflexe analogue de la respiration était à prévoir.

K. a constaté que si l'on excite les nerfs de l'aorte ou du sinus, il se produit en règle générale une inhibition réflexe des mouvements respiratoires, se traduisant par une diminution de leur amplitude et de leur fréquence, pouvant aboutir à un arrêt respiratoire de plusieurs minutes.

En excluant les nerfs aortiques et les nerfs des sinus, K. a pu établir que cette inhibition de la respiration s'exerce de façon réflexe par suite d'une modification d'un tonus que possèdent ces deux sortes de nerfs, comme ils en ont également un à l'égard de la pression artérielle et du nombre des battements cardiaques. En effet, la respiration après exclusion des nerfs de l'aorte et des nerfs des sinus (par section, ligature ou cocaïne) devient, de façon durable, plus fréquente et plus ample chez l'animal vagotomisé.

K. a pu voir aussi qu'il existe entre les deux sortes de nerfs une relation réciproque dans la grandeur du tonus au point de vue de la respiration : si l'on excite ou si l'on exclut l'un des deux groupes, l'autre groupe agit de façon antagoniste.

Après une exclusion portant à la fois sur les nerfs aortiques et les nerfs des sinus, il se produit le plus souvent chez le chien et le lapin vagotomisés une respiration périodique du type Cheyne-Stokes qu'on peut faire disparaître de nouveau par excitation des nerfs régulateurs de la pression sanguine.

P.-L. Marie.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres)

A.-J. Scott Pinchin et **H. V. Morloch.** ***Collapsus massif aigu consécutif à une injection de lipiodol*** (*British Medical Journal*, n° 3673, 30 Mai 1931). — A propos d'un cas de collapsus aigu du poumon, survenu cinq minutes environ après une injection crico-thyroïdienne de lipiodol, chez un jeune homme de 18 ans, P. et M. passent en revue les explications qui ont été données de tels accidents.

Jacobœus, qui eut à déplorer 4 cas de morts dans les mêmes conditions, pense que l'injection détermine dans ce cas un spasme des bronches et des bronchioles. Sante explique le collapsus par l'inhibition de la toux réflexe et la paralysie soudaine des muscles respiratoires. Il se forme ensuite un bouchon muqueux dans les bronchioles, qui à lui seul ne suffirait cependant pas à amener le collapsus, comme il a pu le voir chez l'animal.

André Plichet.

Lord Dawson of Penn., ***L'ictère hémolytique*** (*British Medical Journal*, n° 3673, 30 Mai 1931). — L'ictère hémolytique est intéressant en ce qu'il pose les problèmes de l'origine et de la destinée du sang et de la bile et celui des fonctions de la moelle osseuse, du foie et de la rate.

En 1913, Whipple et Hooper, sur des chiens privés de leur foie, démontrent l'existence de la biligénie extra-hépatique, fait qui fut confirmé en 1921 par Mann et ses élèves. Un peu plus tard, on s'aperçut que le sang veineux provenant de la moelle osseuse et de la rate contenait davantage de bilirubine que le sang artériel irrigant ces organes. En conséquence, on admit que la moelle osseuse et surtout la rate étaient le siège de la formation de la bile. Depuis Ashoff et Mac Nee, on sait que la bilirubine est formée par le système réticulo-endothélial représenté par les cellules endothéliales d'origine mésoblastique qui se trouvent dans la rate en grande quantité, dans la moelle osseuse et dans le foie où elles prennent le nom de cellules de Kupfer. Chez les oiseaux, où la rate est très petite, ces cellules sont très grandes et très nombreuses, elles jouent un rôle important dans la transformation de l'hémoglobine en bilirubine. Chez l'homme, les cellules de Kupfer prennent une part restreinte à cette transformation, sauf quand la rate a été enlevée.

Le foie est ensuite chargé de l'excrétion de la bile et de la sécrétion des acides biliaires. Si la bile est en excès dans le sang et si les cellules hépatiques sont malades, la bilirubine passe par la veine hépatique dans la circulation générale : c'est « l'ictère par rétention » de Rich ; s'il y a obstruction à l'écoulement de la bile dans les canaux biliaires, c'est « l'ictère par régurgitation » de Rich. Il y a deux formes d'hyperbilirubinémie : celle qui, passant par le foie, a pu être modifiée par ses cellules et celle qui a passé directement dans la circulation générale sans être en contact avec les cellules hépatiques. La réaction de Van den Bergh permet non seulement de doser la quantité de bile dans le sang, mais encore d'indiquer l'origine de la bile.

Dans l'ictère hémolytique, l'ictère, qui est un type d'ictère par rétention de Rich, n'est jamais important. C'est un ictère variable et souvent il manque. C'est ainsi que D. rapporte l'histoire de 4 membres d'une famille où deux d'entre eux n'avaient pas de jaunisse, mais une anémie mar-

quée montrant les relations qui existent entre l'ictère hémolytique et l'anémie. Dans ces derniers cas, la réaction indirecte de Van den Bergh (bilirubine d'origine sanguine) était positive. Dans les urines, on trouve toujours de l'urobiline. Dans l'ictère hémolytique, on peut trouver également un ictère par régurgitation par suite de la production exagérée de la bilirubine qui obstrue les canaux biliaires, donnant lieu à des symptômes de colique hépatique. La splénomégalie est toujours marquée. L'anémie peut être considérable, mesurée non seulement par la diminution des globules rouges, mais encore par l'apparition de cellules de rénovation. Quant à la fragilité globulaire qui existe toujours, elle est variable suivant les sujets et chez le même sujet. Le degré de fragilité n'est pas parallèle au degré de l'anémie.

André Plichet.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

B. Ratner et **H.-L. Gruehl.** ***Hypersensibilité congénitale aux protéines dans deux générations*** (*The Journal of experimental Medicine*, tome LIII, n° 5, Mai 1931). — R. et G. ont antérieurement montré que les cobayes sensibilisés passivement *in utero* ne gardent pas leur hypersensibilité au delà de 2 mois et demi. La longue durée de la gestation chez cet animal empêche que l'hypersensibilité passive puisse se transmettre à la génération suivante.

On peut également réaliser une hypersensibilisation active *in utero*. Pour la démontrer, on fait à une femelle pleine, de 2 à 4 jours avant la mise bas, une injection massive de sérum de cheval. Les petits ne se montrent pas sensibilisés à la naissance, mais ils développent ultérieurement de l'hypersensibilité active, analogue à celle qui résulte d'une injection intraveineuse d'antigène.

L'hypersensibilité active réalisée *in utero* persiste bien plus longtemps que l'hypersensibilité passive. Les anticorps circulants sont encore présents quand l'animal est assez âgé pour se reproduire et ses petits naissent en état d'hypersensibilité passive, des anticorps ayant été transmis par la mère. Ainsi une femelle sensibilisée immédiatement avant la mise bas sensibilise les deux générations suivantes. La sensibilisation de la première génération est due au passage de l'antigène de la mère chez le fœtus. La sensibilisation de la seconde génération résulte du passage des anticorps formés à la seconde génération, ce qui empêche toute transmission ultérieure de l'état d'hypersensibilité.

Bien que l'hypersensibilité se montre dans deux générations successives, ce phénomène doit être considéré comme une acquisition congénitale, et non comme vraiment héréditaire.

B. et G. estiment que le phénomène qu'ils ont observé chez le cobaye, est fondamentalement en rapport avec le problème de la sensibilisation congénitale chez l'homme, étant donné la structure anatomique semblable du placenta dans ces deux espèces.

P.-L. Marie.

D. F. Milam et **W. G. Smillie.** ***Etude bactériologique des rhumes dans une île isolée des tropiques*** (*The Journal of experimental Medicine*, tome LIII, n° 5, Mai 1931). — Après avoir étudié la bactériologie des rhumes dans la zone glaciale (Labrador) et dans la zone tempérée (Alabama), M. et S. ont fait porter leurs recherches sur une petite île isolée des Antilles (île Saint-Jean du groupe des îles Vierges) qui n'est habitée que par 700 noirs et quelques blancs.

Pendant un an ils ont étudié la flore du naso-pharynx, en même temps que les conditions climatériques. Ils ont constaté que les rhumes sont moins communs et moins graves sous les tropiques que dans la zone tempérée. La flore fondamentale du naso-pharynx s'est montrée très semblable dans les trois zones étudiées chez les sujets sains. Toutefois, les bacilles de Pfeiffer sont bien moins fréquents à Saint-Jean que dans la zone tempérée. Tandis que les streptocoques hémolytiques sont rares sous les tropiques, les staphylocoques hémolytiques s'y montrent prépondérants. Les pneumocoques dominent à Saint-Jean, mais ils sont avirulents. Les types fixes I, II et III sont rares.

La flore fondamentale du naso-pharynx s'est montrée tout à fait constante à Saint-Jean, quelle que soit la saison et quel que soit le groupe de sujets considéré. La flore ne subit pas de changements chez un groupe d'individus qui présentèrent des rhumes.

La courbe de fréquence saisonnière des rhumes aigus à Saint-Jean fut une réplique en miniature de la courbe homologue aux Etats-Unis. Il ne se produisit pas de rhumes pendant la période très chaude allant de Juin à Octobre, tandis qu'une épidémie de rhumes coïncida en Décembre avec une chute légère, mais brusque, de la température.

De leurs recherches, M. et S. déduisent que les rhumes sont vraisemblablement dus à un agent spécifique encore inconnu qui n'est pas un hôte habituel du naso-pharynx, et que les symptômes secondaires et plus sérieux doivent relever de certains germes de la flore aérobie, probablement des pneumocoques virulents et des bacilles de Pfeiffer authentiques. Il semble aussi que l'agent spécifique qui provoque les rhumes soit de nature infectieuse et se propage par contact direct, l'incubation étant de 1 à 3 jours. Les facteurs atmosphériques, surtout la baisse de la température, ont une influence certaine sur la fréquence des rhumes.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

J. H. Globus et **S. Gilbert.** ***Pinéalomes*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXV, n° 5, Mai 1931). — Dans cet important mémoire, G. et G. à propos de 7 observations personnelles apportent une étude anatomo-clinique générale des pinéalomes.

Quoique développés aux dépens de la même glande, les pinéalomes présentent souvent un type histologique très différent. Ce fait s'explique par les aspects histologiques différents de l'épiphyse aux divers stades de l'évolution de l'individu. En étudiant les étapes histologiques successives de la glande pinéale, on peut arriver à réunir en un seul groupe la majorité des tumeurs de la région pinéale. Ces recherches ont permis d'établir le caractère de tératomes autochtones de ces tumeurs, qui repose ainsi sur une base solide. En outre, l'absence d'éléments gliaux ou neuroniques au cours des étapes évolutives de la glande pinéale exclut l'existence de formes spongioblastiques ou neuroblastiques de pinéalome.

Dans l'épiphyse, au cours de la période qui précède ou qui suit immédiatement la naissance, on trouve les deux types de cellules qui s'observent dans les tumeurs : de petites cellules fortement colorées qui constituent une trame et de grandes cellules claires représentant le parenchyme de l'organe. L'organisation cellulaire de l'épiphyse aux premiers stades de son développement permet donc de la considérer comme une glande.

Cliniquement, les 7 observations personnelles de G. et G. se traduisaient par un syndrome d'hypertension intra-cranienne, et des signes de localisation d'une lésion de la région de l'aqueduc, en particulier des troubles oculaires tels qu'une perte des mouvements associés des yeux en bas, et un signe d'Argyll complet ou incomplet.

La précocité des caractères sexuels secondaires est considérée au contraire par G. et G. comme un symptôme accessoire. Il manquait d'ailleurs dans 6 cas sur 7. Les éléments du syndrome infundibulaire (polyurie, polydypsie et somnolence) n'étaient également présents que dans un cas, où ils étaient simplement la conséquence de l'hydrocéphalie.

H. Schaeffer.

Keschner et **Sloane.** ***Parkinsonisme encéphalitique, idiopathique et artérioscléreux*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXV, n° 5, Mai 1931). — K. et S. ont fait un examen anatomo-clinique de 10 cas de parkinsonisme, dont ils en rapportent 7 en détail. 4 étaient consécutifs à l'encéphalite, 2 des maladies de Parkinson idiopatiques, 2 des parkinsoniens artérioscléreux.

K. et S. insistent sur la difficulté du diagnostic clinique pouvant exister entre ces trois types.

Outre les signes classiques, K. et S. insistent dans le parkinsonisme encéphalitique sur le début aigu, les variations du tableau clinique, le degré moins marqué du tremblement, le caractère massif de la rigidité musculaire, l'ataxie ressemblant à celle de la sclérose multiple, la présence de signes bullaires, et l'existence de troubles neurovégétatifs dont l'aspect huileux de la peau de la face est un des plus typiques. Chez les parkinsoniens artérioscléreux, l'association de petits signes de la série pseudo-bulbaire est la règle, avec des troubles de l'émotivité. La raideur est plus marquée aux membres inférieurs et très difficile à relâcher.

Chez tous leurs malades, K. et S. observent des lésions du système pallido-nigérien, hormis dans un cas de parkinsonisme artérioscléreux où le locus niger était intact. Le *Coccus cœruleus* était également intéressé, le cervelet toujours intact.

Les lésions cellulaires du type dégénératif ne permettaient pas la distinction entre les trois types, en dehors des lésions accessoires, inflammatoires ou vasculaires, susceptibles de donner une indication sur l'étiologie du processus. Il semble toutefois que le type des lésions histologiques dépend surtout de la durée d'évolution du processus morbide. Dans les cas anciens les lésions périvasculaires ont disparu, les cellules dégénérées sont remplacées par une prolifération gliale, les gaines de myéline ont disparu, donnant naissance à « l'état criblé et l'état marbré ».

Il semble que dans le parkinsonisme idiopathique les lésions prédominent dans le *striatum* et le *pallidum*, et atteignent de préférence la région nigérienne dans le parkinsonisme post-encéphalitique. Les lésions sont toutefois diffuses dans tous les cas.

Il est souvent malaisé d'établir un rapport entre les signes cliniques constatés pendant la vie, et leur évolution, et les lésions anatomiques observées après la mort.

Wilson insistait récemment sur le fait que la vieillesse a un effet sur la structure générale des tissus sans donner lieu à des symptômes. Ceci est vrai pour les cellules de la colonne de Clarke et du striatum. Il admet qu'il n'y a pas de rapport absolu entre le siège d'une lésion et l'étendue des troubles fonctionnels. C'est l'opinion de K. et S. qui pensent que l'on connaît encore trop mal les rapports entre les troubles fonctionnels du système extrapyramidal et les lésions qui les conditionnent pour pouvoir distinguer certainement les divers types de parkinsonisme.

H. Schaeffer.

Davison et **Schick.** ***Encéphalopathie périaxile diffuse*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXV, n° 5, Mai 1931). — Les cas de maladie

de Schilder ne sont pas absolument exceptionnels. D. et S. en rapportent un nouveau cas anatomo-clinique dont les caractères particuliers étaient les signes extrapyramidaux marqués et l'atrophie optique bilatérale. Anatomiquement, le fait frappant était la bilatéralité du processus, plus marqué à droite et s'étendant du pôle frontal au pôle occipital; l'atteinte du corps calleux et des nerfs optiques; la destruction marquée de l'épendyme du côté droit, aussi bien que de certains noyaux centraux, tels que le putamen droit, le globus pallidus, les noyaux thalamiques et sous-thalamiques. L'atteinte des fibres d'association des noyaux centraux expliquait l'importance du syndrome extra-pyramidal. D. et S. pensent qu'il s'agit d'un processus d'origine toxique, et qu'il s'agit de lésions dégénératives. Les réactions méningées et vasculaires ne permettent pas d'écarter cette hypothèse. La substance nocive touche primitivement la substance blanche, mais elle n'épargne pas complètement le cortex et les fibres arquées.

Le terme d'encéphalopathie sous-corticale proposé par Globus et Strauss pour désigner cette affection ne saurait être admis, puisque le cortex et les noyaux centraux dans diverses observations ont été intéressés. Le terme d'encéphalite périaxile diffuse est préférable, bien que le corps même du cylindraxe puisse être intéressé.

H. Schaeffer.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

S. Hesser. ***Hépatothérapie et anémies avec achylie*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXV, nº 3, 26 Mai 1931). — H. a rassemblé 33 cas d'anémies de nature diverse, mais toutes accompagnées d'achylie, dans le but d'étudier la valeur de l'hépatothérapie dont l'action, en dehors de l'anémie pernicieuse, est encore très controversée.

Parmi ces cas se trouvaient 13 anémies pernicieuses qui furent traitées par le foie associé au fer et à l'arsenic. Sauf chez un de ces malades qui ne présenta pas de signes de rémission et évolua vers la mort, tous les autres patients soumis à l'hépatothérapie eurent une amélioration rapide et importante. H., chez 4 malades atteints d'anémie pernicieuse, a eu recours à une préparation d'estomac de porc. La rémission fut aussi prononcée qu'avec le foie.

Il a traité 8 cas d'anémie secondaire d'origine imprécise (ni cancéreuse, ni post-hémorragique, ni infectieuse) de la même façon que les malades atteints d'anémie pernicieuse, mais le résultat fut bien moins satisfaisant et la rémission se produisit en général moitié moins vite que chez ces derniers.

Dans 8 autres cas d'anémie secondaire on ne donna pas de foie, mais seulement du fer et de l'arsenic; or, le résultat fut le même que dans la catégorie précédente. H. se range donc à l'opinion des auteurs qui considèrent que dans les anémies secondaires l'hépatothérapie n'a pas une valeur supérieure au vieux traitement par le fer et l'arsenic, tandis qu'elle a une action spécifique dans l'anémie pernicieuse. Ce qui contribue encore à le faire penser ainsi, c'est un cas d'anémie secondaire grave d'origine indéterminée accompagnée d'achylie où ni le foie ni l'estomac ne donnèrent d'amélioration alors que la médication ferrugineuse et arsenicale associée à la transfusion sanguine procura une rémission complète.

P.-L. Marie.

G. Holsti (Helsingfors). ***Un cas de « côlon irritable » chez un sujet allergique*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXV, nº 5, 12 Juin 1931). — C'est toute la pathogénie si controversée de l'entérite muco-membraneuse que remet en question ce travail, basé sur l'étude anatomo-clinique d'un cas longuement suivi.

Cliniquement, ce cas se caractérisait par son apparition chez une femme présentant dans son passé des manifestations allergiques diverses (rhume des foins, prurigo de Besnier, hypersensibilités nombreuses) et par son association à des troubles multiples du côté de divers organes: rhumes et angines à répétition, conjonctivite phlycténulaire, périodontite, arthralgies, maux de tête, salpingo-ovarite et état névropathique. Les crises douloureuses abdominales survenaient de façon intermittente et s'accompagnaient de constipation et d'une légère ascension de température. La suppression des foyers infectieux extra-intestinaux (soins dentaires, amygdalectomie) ne modifia en rien l'état d'hypersensibilité ni les désordres intestinaux. Une colectomie fut pratiquée en désespoir de cause, qui fut d'abord suivie d'une exacerbation des troubles pendant une année, puis d'une amélioration lentement graduelle. Finalement, 3 ans après l'opération, tous les symptômes avaient disparu.

Histologiquement, le côlon enlevé, de même que le fragment d'iléon prélevé, était le siège de lésions portant sur plusieurs des tuniques intestinales. Les lésions de la muqueuse (endoentérite) avaient un caractère érosif, hypertrophique par places, atrophique en d'autres, soit aigu, soit chronique, et semblaient d'origine allergique en bien des endroits (infiltration de cellules rondes éosinophiles dans la muqueuse). Les lésions de la musculeuse (myentérite), très marquées et frappant électivement la couche externe, se traduisaient principalement par une forte réaction leucocytaire en certains endroits ou par l'apparition de cellules rondes et de fibroblastes en d'autres points. Les ganglions du plexus de Meissner étaient intacts; par contre, le plexus d'Auerbach était le siège de processus inflammatoires aigus périganglionnaires et chroniques péri- et intraganglionnaires conduisant à de la sclérose. C'est là une des caractéristiques dominantes des lésions intestinales dans ce cas, encore non signalée jusqu'ici et qui fait défaut dans les côlons-témoins examinés par H. qui souligne l'importance de cette myoentérite très spéciale. Ce processus de myoentérite n'était pas en rapport direct avec les lésions de la muqueuse; il en était séparé par une sous-muqueuse et par la couche interne de la musculeuse qui étaient relativement intactes. Par contre, il se reliait directement aux processus inflammatoires de la couche sous-séreuse.

Il est difficile d'interpréter la pathogénie de ces lésions inflammatoires siégeant dans la région du plexus d'Auerbach; du point de vue histologique, elle semble complexe et d'origine, en partie parentérale, en partie entérale. En tout cas, H. considère cette lésion du système neuro-musculaire comme la cause locale principale des troubles intestinaux à répétition chez sa malade.

Bien qu'il soit délicat de se prononcer à coup sûr sur l'efficacité de la colectomie, H. estime que sa malade en a tiré bénéfice.

P.-L. Marie.

N. Gellerstedt et **G. Grill** (Upsal). ***Etude anatomo-clinique d'un cas de diabète sucré associé à un diabète insipide*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXV, nº 5, 12 Juin 1931). — G. et G. relatent l'observation d'un homme de 30 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels pathologiques, qui en 1924 présenta des symptômes de diabète sucré qui s'améliorèrent facilement avec le régime. Pendant plusieurs années son état resta satisfaisant, mais en Mars 1930 des vomissements, de la somnolence et de la prostration, joints à l'odeur acétonique de l'haleine, à l'hypothermie et à la glycémie élevée, firent redouter l'éclosion d'un coma diabétique. De fait, l'insuline fit disparaître ces accidents; l'état du malade s'améliora, malgré un épanchement pleural et une otite double. Mais, au début de Juin, se montrait un syndrome de diabète insipide, se traduisant par une polyurie croissante, accompagnée de diminution de la densité des urines, cependant que la radiographie de la selle turcique restait négative. L'injection d'extrait de post-hypophyse ne modifia pas la polyurie; par contre, l'injection intraveineuse de salyrgan (diurétique mercuriel) provoqua une diminution frappante de la diurèse en même temps que la soif s'atténuait et que l'état général s'améliorait. Tout allait pour le mieux quand une injection inconsidérée d'insuline (20 unités) faite alors que la glycémie était retombée à 0,086 pour 100 détermina une crise foudroyante d'hypoglycémie : perte de connaissance subite, convulsions épileptiformes, chute du sucre sanguin à 0.025 pour 100 et, après une amélioration passagère sous l'influence des injections d'adrénaline et de glycose, mort par arrêt respiratoire.

L'autopsie montra un pancréas histologiquement normal. Par contre, le lobe postérieur de l'hypophyse était un peu augmenté de volume et la substance colloïde présentait une structure hétérogène très particulière au niveau des petits kystes qui se trouvaient dans la *pars intermedia*. A signaler encore la rareté des gouttelettes de colloïde dans le lobe antérieur et des corps hyalins dans tout l'organe. De plus, il existait de graves lésions de nécrose au niveau des tubes contournés du rein. Le foie, fait curieux, renfermait du glycogène en grande quantité.

L'association du diabète sucré et du diabète insipide est assez rare; généralement, c'est le diabète sucré qui ouvre la marche. Dans cette observation G. et G. pensent qu'il s'est agi non de la coïncidence fortuite des deux affections, mais d'un trouble extra-pancréatique primitif qui a été la cause commune des deux troubles du métabolisme.

S'appuyant sur l'analyse critique des recherches faites sur la signification biologique de la substance colloïde de l'hypophyse, G. et G. en arrivent à conclure que l'on ne peut pas considérer comme prouvé que la colloïde ne joue pas de rôle dans la sécrétion interne de cette glande. Bien au contraire, il y a toutes raisons de penser que, chez ce malade, les modifications morphologiques de la colloïde pouvaient être le résultat d'une dysfonction hypophysaire associée aux troubles du métabolisme de ce malade. Toutefois, cette hypothèse ne doit être faite qu'avec réserve, l'examen de la région hypothalamique n'ayant pas été pratiqué.

Quant à l'effet du salyrgan sur le diabète insipide, G. et G. soulignent le rapport entre la diminution de la diurèse et les altérations rénales qui évoquaient celles de l'intoxication mercurielle.

Pour expliquer la mort survenue malgré l'existence de réserves importantes de glycogène dans le foie, G. et G. invoquent une hypersensibilité spéciale à l'insuline, probablement en rapport avec les modifications de l'hypophyse et comparable à celle qu'on constate chez les animaux privés d'hypophyse (Houssay, Geiling, etc.). Pratiquement, il faut retenir que dans les cas de diabète sucré où l'on suspecte des altérations de l'hypophyse, il y a lieu d'observer les plus grandes précautions dans la posologie de l'insuline.

P.-L. Marie.

E. B. Salen. ***De l'évolution et du pronostic de l'hémoglobinurie « a frigore »*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXV, nº 5, 12 Juin 1931). — S., qui en 1925 a déjà publié une monographie consacrée à la pathogénie de l'hémoglobinurie *a frigore*, considère cette affection comme une complication syphilitique ou comme un processus méta-syphilitique. La réaction de Wassermann, qui est présente d'ordinaire chez les malades, doit être regardée comme spécifique et sous la dépendance d'une syphilis antérieure.

Dans ses recherches, outre que S. a pu confir-


Docteur
Sur le point de prescrire la Valériane êtes-vous parfois retenu par la crainte de donner à votre malade un médicament malodorant !
Ordonnez alors le
Valérianate Gabail
désodorisé
ou
Élixir Gabail
valéro-bromuré
aussi efficaces dans leur action qu'agréables à prendre.
LABORATOIRES S. GABAIL 5, Rue Lefebvre PARIS (XV°).


ANTIVIRUS
PRODUITS DE LA BIOTHÉRAPIE
BOUILLONS - VACCINS FILTRÉS
pour le traitement de toutes infections à
STAPHYLOCOQUES
STREPTOCOQUES
COLIBACILLES
Littérature et échantillons sur demande
H. VILLETTE
Pharmacien
131, Rue Cambronne
PARIS-15°
Téléph : Vaugirard 11-23

mer l'existence si importante de cas latents (« porteurs d'hémolysine »), caractérisés par la présence d'hémolysine frileuse sans accidents d'hémoglobinurie, il a établi que l'hémoglobinurie *a frigore* manifeste peut se transformer en hémoglobinurie latente, et mettre en lumière l'existence d'un mode du mécanisme intravasculaire complètement méconnu jusque-là qui est caractéristique des cas évoluant de façon latente et commun à ces cas et à ceux d'hémoglobinurie manifeste.

Ce qui est pathognomonique et décisif pour le diagnostic, c'est la constitution anormale spéciale du sang qui se traduit parce qu'une partie des constituants colloïdaux disperses, probablement les globulines, quand le sang se trouve refroidi, subissent un changement de leur état physique dans le sens d'une diminution de dispersité. En même temps et par voie de conséquence, les propriétés biologiques du sang se modifient.

Le sang acquiert la faculté d'influencer les hématies de telle sorte qu'elles se comportent comme des cellules sensibilisées, c'est-à-dire accessibles à la fonction lytique du complément. La « sensibilisatrice frileuse » se produit lors du refroidissement du sang. Si ce dernier dispose d'une fonction lytique convenable pour les hématies sensibilisées, celles-ci subissent l'hémolyse dès que la température s'élève. Si cette fonction lytique manque, l'hémolyse fait défaut. Une des raisons principales de l'existence de l'évolution latente de certains cas, manifeste d'autres cas, réside dans cette différence, l'absence de fonction lytique convenable. Mais, même quand cette fonction lytique n'existe pas, les hématies n'en sont pas moins sensibilisées par le refroidissement et cette sensibilisation peut conduire à leur élimination de la circulation et entraîner leur destruction extravasculaire. Là seulement, les conditions qui existent *in vivo* s'écartent de ce qu'on voit *in vitro*. Tandis que la destruction de la cellule sensibilisée dans ce dernier cas ne se produit qu'avec l'aide de la fonction lytique du complément, elle peut avoir lieu *in vivo* malgré l'absence de cette dernière dans le sang, sans qu'on puisse encore en préciser le mécanisme; il est seulement établi nettement qu'alors la destruction peut se passer entièrement ou partiellement en dehors des vaisseaux. *In vitro*, l'anomalie sanguine est toujours décelable par l'épreuve de Donath et Landsteiner modifiée.

Si un sujet atteint de cette anomalie est exposé au froid, on observe parfois des symptômes semblables à ceux du choc anaphylactique ou protéinique, qui sont la conséquence de l'action du sang sur l'organisme et en rapport avec l'altération colloïdale survenue. Mais cette altération due au froid ne produit pas obligatoirement un choc. L'existence de ce dernier dépend de l'état de sensibilité ou de non-sensibilité de l'organisme qui est très variable. L'état de non-sensibilité peut exister au début de l'affection (« porteurs d'hémolysine ») ou se produire spontanément ou sous l'influence du traitement par les albumines hétérogènes (peptone, sérum), par les refroidissements locaux répétés ou par la médication antisyphilitique.

Si le refroidissement détermine des symptômes de choc, c'est que les cellules ont été sensibilisées. Schématiquement, la réaction anormale au froid peut se traduire par les 4 modes suivants:

1° Accès d'hémoglobinurie au complet: choc, sensibilisation intravasculaire et hémolyse, hémoglobinurie et albuminurie, parfois cette dernière seulement, augmentation consécutive de l'urobilinurie.

2° Absence de choc, néanmoins sensibilisation intravasculaire et hémolyse; hémoglobinurie, parfois seulement albuminurie; augmentation consécutive de l'urobilinurie.

3° Choc, sensibilisation intravasculaire sans hémoglobinémie, absence d'hémoglobinurie, parfois albuminurie, augmentation consécutive de l'urobilinurie.

4° Sensibilisation intravasculaire, absence complète de tous symptômes de choc (crise hémoclasique et signes cliniques de choc), pas d'hémoglobinémie, pas d'hémoglobinurie ni d'albuminurie, mais augmentation consécutive de l'urobilinurie.

Dans les modes 1 et 3 l'organisme n'est pas désensibilisé; par contre, il l'est dans les modes 2 et 4. Dans les modes 1 et 2 le sang possède une fonction lytique à l'égard des cellules sensibilisées tandis que ce n'est pas le cas dans les modes 3 et 4. Dans les modes 1 et 2 la destruction des cellules sensibilisées ne se passe pas seulement dans les vaisseaux, mais probablement aussi en dehors d'eux, tandis que dans les modes 3 et 4 elle a lieu essentiellement en dehors des vaisseaux. Les divers modes de réaction ont de commun la sensibilisation des hématies suivie de leur élimination de la circulation et de leur destruction; la chute du chiffre des hématies et l'augmentation passagère de l'urobilinurie, signe précieux au cas où la destruction des hématies se passe en dehors des vaisseaux. Ces deux derniers symptômes sont les critères de l'hémoglobinurie *a frigore* latente.

S. en vient à considérer l'affection comme un trouble d'origine syphilitique dans le renouvellement normal ou « mue » du sang, trouble qui porte essentiellement ou exclusivement sur le mécanisme qui assure à l'état normal l'élimination des hématies périmées des vaisseaux. Par suite du mode fonctionnel spécial et électif qui appartient à la « sensibilisatrice frileuse », celle-ci se chargerait de cette épuration des hématies trop âgées d'une manière favorable à l'organisme, sans qu'il soit possible de dire s'il s'agit là d'un mécanisme normal fonctionnant anormalement ou si la modification sanguine en présence doit être considérée comme purement pathologique et résultant d'une auto-immunisation.

Quoi qu'il en soit, hémoglobinurie manifeste et hémoglobinurie latente ne sont que deux formes évolutives de la même affection: l' « agent frileux » sensibilisant est le même dans les deux cas. Les deux états cliniques peuvent alterner de façon très diverse. L'affection peut rester d'emblée et pour toujours latente ou bien le stade d'hémoglobinurie manifeste peut être plus ou moins passager, pouvant se prolonger pendant toute la vie. L'évolution la plus fréquente semble être le passage au stade d'hémoglobinurie latente, le stade manifeste étant capable de réapparaître plus tard, puis de repasser à la forme latente.

Les cas qui ont été publiés comme des guérisons ne peuvent pas être considérés comme tels. Il est très probable qu'il ne s'est agi là que de cas devenus latents. Pour affirmer la guérison, il faut que tous les symptômes caractéristiques de l'altération sanguine aient disparu: réaction de Donath et Landsteiner, crise hémoclasique, diminution des globules rouges et surtout urobilinurie à la suite de l'épreuve du refroidissement. S. relate un cas de ce genre qui, après une évolution tantôt manifeste, tantôt latente, qui dura des années, se termina par la guérison. Il en a été de même dans le cas rapporté par Kumagai. Ces deux cas sont jusqu'ici les seuls exemples d'une guérison certaine.

Le pronostic *quad vitam et functionem* de l'hémoglobinurie *a frigore* est vraiment bon. Même quand l'affection se prolonge pendant des années, il ne se produit pas de conséquences fâcheuses pour l'organisme. S. dénie l'apparition ultérieure de complications telles que néphrite chronique et anémie grave, qui a été avancée sans preuves.

Du point de vue thérapeutique, S. recommande le refroidissement répété et bien dosé au moyen de bains de pieds. Il faut tenter dans tous les cas une cure antisyphilitique énergique, capable de transformer l'hémoglobinurie manifeste en hémoglobinurie latente, résultat déjà enviable. On ne peut encore dire si ce traitement peut amener une guérison réelle. P.-L. Marie.

A. Jarotzky. ***Traitement diététique de l'ulcère gastro-duodénal*** (*Acta medica Scandinavica*. Supplément XXXV, 1931). — Le principe fondamental sur lequel doit se baser tout régime rationnel de l'hypersécrétion et de l'ulcère gastro-duodénal est le suivant: Interdire dans tous les cas le mélange des graisses aux albuminoïdes d'origine animale. En effet, les travaux de l'école de Pavlov ont montré que tandis que les graisses, seules ou mélangées aux hydrates de carbone diminuent la sécrétion gastrique et déterminent l'ouverture du pylore et le reflux du contenu duodénal alcalin dans l'estomac, le mélange de graisses et d'albuminoïdes agit en sens inverse: dès l'absorption de ce mélange, lait par exemple, le pylore se ferme et les aliments sont retenus plusieurs heures dans l'estomac. La graisse contenue dans le mélange inhibe d'abord la sécrétion gastrique, mais pendant les heures suivantes les savons résultant de la saponification de la graisse dans le duodénum provoquent par voie réflexe une abondante sécrétion gastrique.

On ne doit donc pas permettre aux malades de prendre du lait, de la crème, des œufs (blanc et jaune), de la viande grasse. Si l'on prescrit de la viande, il ne faut pas donner en même temps un potage gras ou une purée riche en beurre. De plus, il faut proscrire tous les mets qui augmentent la sécrétion gastrique: bouillon, épices, café, thé fort, etc.

Pendant la phase aiguë d'ulcère saignant on ne donnera que du blanc d'œuf et du beurre frais, à distance l'un de l'autre, tout médicament ou lavement étant interdit. Au bout de 8 à 10 jours dans les cas aigus ou dès le début dans les cas où il n'y a pas lieu de redouter une hémorragie ou une perforation, on donne du beurre, des farines et des légumes sans sel, jamais de lait (bouillies de céréales et purées de légumes additionnées de beurre). Plus tard, on ajoutera du sucre (compotes de fruits). On emploiera jusqu'à 200 gr. de beurre par jour. Au bout de 3 semaines ou plus on donnera en outre de la viande maigre hachée additionnée de pain blanc, de très peu de beurre et rôtie. On répartit ainsi les aliments: le matin, de très bonne heure, un potage épais à l'orge avec du beurre; à midi, une bouillie de gruau, une purée de légumes, un gâteau de semoule ou une compote de fruits. Lorsqu'on donne de la viande à midi, on supprime la bouillie. On peut intercaler, entre le premier déjeuner et le repas de midi, un troisième repas, composé d'une bouillie ou d'un gâteau de gruau.

De nombreuses observations attestent la valeur de ce régime. P.-L. Marie.

BRASIL MEDICO
(Rio de Janeiro)

P. Mangabeira Albernaz. ***Otorragie grave par lésion du golfe de la jugulaire au cours d'une paracentèse du tympan*** (*Brasil Medico*, tome XLV, n° 20, 16 Mai 1931. — A. attire l'attention sur un incident assez rare qui peut survenir au cours de la paracentèse du tympan. On en compte 18 cas en plus de soixante ans.

Chez un de ses petits malades, qu'il venait d'opérer à la suite d'une otite moyenne, A. est rappelé à plusieurs reprises pour une hémorragie très abondante et récidivante qui ne céda qu'à l'adrénaline et au tamponnement iodoformé.

La cause de cet incident résulte de ce que le golfe de la jugulaire se trouve parfois au contact de la paroi muqueuse inférieure de la caisse sans interposition de la moindre lamelle osseuse. En pareil cas la blessure est pour ainsi dire inévitable au cours de la ponction du tympan, car rien ne peut faire prévoir cette anomalie si exceptionnelle. Comme dans le cas apporté par A., l'hémorragie cède au tamponnement.

M. Nathan.



VICHY-ETAT

VICHY GRANDE-GRILLE
Foie et appareil biliaire

VICHY CÉLESTINS
Reins - Vessie - Goutte - Diabète - Arthritisme

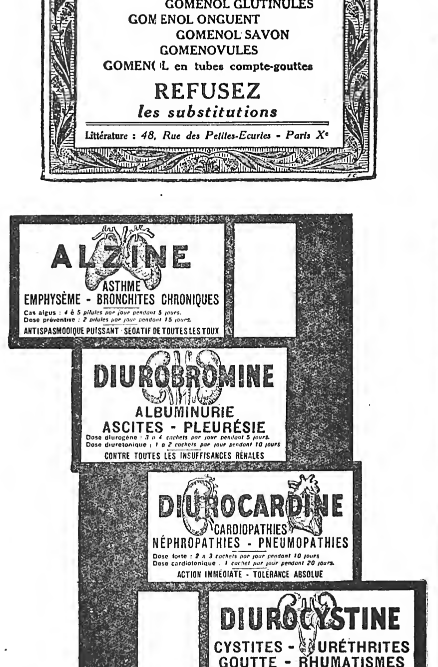
VICHY HOPITAL
Estomac et Intestin

VICHY CHOMEL
Affections des organes de la nutrition

SEL VICHY-ETAT
pour faire soi-même l'eau alcaline digestive

PASTILLES VICHY-ETAT
facilitent la digestion

COMPRIMÉS VICHY-ETAT
très pratiques en excursion pour faire l'eau alcaline digestive gazeuse



FORXOL

MÉDICATION DYNAMOGÉNIQUE
pour la cure de tous états de
FAIBLESSE ORGANIQUE

Association Synergique, Organo-Minérale
sous la Forme Concentrée
des Principes Médicamenteux les plus efficaces.

FER, MANGANÈSE, CALCIUM
en combinaison nucléinique, hexoso-hexaphosphorique et monométhylarsénique vitaminée

ADYNAMIE DES CONVALESCENTS
ÉTATS AIGUS DE DÉPRESSION ET SURMENAGE
ASTHÉNIE CHRONIQUE DES ADULTES
TROUBLES DE CROISSANCE
ANÉMIES ET NÉVROSES
FAIBLESSE GÉNÉRALE

MODE D'EMPLOI :
Enfants : (à partir de 5 ans) 1 à 2 demi-cuillerées à café par jour.
Adultes : 2 à 3 cuillerées à café par jour.
A prendre au milieu des repas dans de l'eau, du vin ou un liquide quelconque (autre que le lait).

ÉCHANTILLONS ET BROCHURES SUR DEMANDE

Laboratoires A. BAILLY
15 & 17, Rue de Rome, PARIS 8^e

REVUE DES JOURNAUX

BULLETIN DE LA SOCIETE DE CHIMIE BIOLOGIQUE (Paris)

A. Machebœuf et **R. Wahl.** ***Recherches biologiques sur la néphrose lipoïdique; étude des globulines et des albumines du sérum sanguin et des lipides qui les accompagnent dans leur précipitation.*** — **A. Machebœuf, R. Wahl** et **G. Sandor.** ***Recherches biologiques sur la néphrose lipoïdique; étude qualitative des lipides et des diverses fractions lipidiques du sérum sanguin.*** — **A. Machebœuf** et **R. Wahl.** ***Recherches biologiques sur la néphrose lipoïdique; fractionnement des albumines du sérum sanguin et des lipides qui les accompagnent*** (*Bulletin de la Société de Chimie biologique*, tome XIII, n° 5, Mai 1931). — Dans cette série de travaux, M., W. et S. ont étudié le sérum de 5 sujets atteints de néphrose lipoïdique pure, d'un cas de néphrose associée à des signes de néphrite, 4 sérums normaux, 7 sérums provenant d'états pathologiques divers choisis parmi les affections dans lesquelles est modifié l'équilibre quantitatif des protides ou des lipides, notamment dans 4 cas de cirrhose de Laënnec. Leurs dosages confirment les notions déjà acquises sur l'hypoprotéinémie et l'hyperlipidémie au cours de la néphrose lipoïdique.

La dissociation des lipides sériques par leur entraînement avec les globulines ou avec les sérines, leur ont montré que les variations des lipides entraînés par les globulines ne sont pas parallèles à l'état pathologique du sujet et que leur taux ne s'élève que peu au cours de la néphrose lipoïdique. Au contraire, les lipides entraînés par les sérines sont très augmentés dans cette affection, d'où la notion d'un *index lipoalbuminique* correspondant à la quantité de lipides entraînés par 100 grammes d'albumines lors de leur séparation d'avec les globulines. Cet index est normalement inférieur à 10, et s'élève jusqu'à 25 au cours de diverses affections, mais dépasse 50 dans la néphrose lipoïdique où il atteint parfois 90.

Grâce à diverses techniques, on arrive à dissocier les lipides du sérum. Dans les cas typiques de néphrose lipoïdique, la teneur du sérum en *insaponifiable total* est très sensiblement accrue ; le taux du *cholestérol total* est toujours supérieur à la normale; la teneur en *insaponifiable X* est beaucoup plus augmentée que la teneur en cholestérol; le *phosphore lipidique* est toujours très fortement augmenté.

Le fractionnement des albumines du sérum sanguin et des lipides qui les accompagnent ne permet pas de conclusions précises. Les complexes lécithostéroprotéidiques précipitables par acidification existent dans les sérums de malades atteints de néphroses lipoïdiques en quantité normale ou peu différente de la normale, mais la majeure partie des lipides semble liée aux sérines sous forme de complexes différents moins facilement précipitables.

Robert Clément.

REVUE ODONTOLOGIQUE (Paris)

Dufourmentel. ***Fractures de la tubérosité au cours d'avulsions de la dent de sagesse supérieure*** (*Revue Odontologique*, tome CII, n° 6, Juin 1931). — D. rapporte l'histoire de deux extractions de dents de sagesse supérieure faites par le Dr Kleimpeler, à plusieurs mois d'intervalle, sur un sujet de 60 ans, extraction qui entraîna dans les 2 cas, la fracture de la tubérosité maxillaire. L'examen de la pièce a montré, chaque fois, la fusion intime de la paroi radiculaire avec l'os, d'autre part, l'extrême friabilité de la tubérosité. La fracture était donc inévitable.

L'extraction de ce bloc osseux, outre une déchirure assez étendue de la muqueuse gingivale, peut entraîner une ouverture large du sinus et une communication bucco-sinusale difficile à traiter.

Dufourmentel. ***Conduite à tenir dans les fractures articulaires temporo-maxillaires*** (*Revue Odontologique*, tome CII, nos 7 et 8, Juillet et Août 1931). — *La gravité* des fractures articulaires est l'*ankylose*. L'ankylose traumatique est fonction de la mise à nu des surfaces articulaires, soit immédiatement par le traumatisme, soit ultérieurement par infection (fractures ouvertes, fissures) ou par l'action mécanique du fragment inférieur sur la surface articulaire supérieure. Selon Dufourmentel, les fractures de la temporo-maxillaire aboutissant à l'ankylose sont celles où il y a un grand éclatement intra-articulaire (condyle embroché ou complètement sorti de la cavité glénoïde), ou un retournement du condyle col en haut de telle manière que la tranche supérieure du col vient léser à répétition la surface articulaire glénoïde. Les signes qui font pressentir ces formes de fractures sont les suivants :

1° *L'otorragie* qui a une grosse valeur, car « si toute fracture accompagnée d'otorragie n'est pas vouée à l'ankylose, en revanche, la presque totalité des ankyloses résultent de fractures accompagnées d'otorragies ».

2° La constriction intense et immédiate des mâchoires.

3° Peut-être les formes avec déplacement exagéré.

La radiographie aidera en indiquant la position du col. Elle ne peut renseigner sur les lésions de la surface temporale.

Dans tous les cas où l'on craindra une irritation de la surface temporale, on cherchera par appareillage à abaisser la branche montante. Lorsque l'on a la quasi-certitude d'une ankylose ultérieure, il faut intervenir et pratiquer *l'extirpation du condyle, le rodage du col fracturé, l'habillage, s'il y a lieu, de la surface glénoïde.* Le condyle peut être difficile à extraire lorsqu'il est déplacé fortement en avant et en dedans. Il faut le laisser s'il est hors de portée de la cavité glénoïde. L'habillage se fera avec les franges fibreuses et musculaires de voisinage.

C. Ruppe.

Grandclaude et **Lesbre.** ***Les modalités bactériologiques et cliniques de l'infection dentaire chronique*** (*Revue Odontologique*, tome CII, nos 7 et 8, Juillet et Août 1931). — A ce chapitre de pathologie encore bien débattu, G. et L. apportent une intéressante contribution. Selon eux, les suppurations alvéolaires chroniques sont beaucoup plus à redouter que les granulomes. Les suppurations prolongées favorisent l'adaptation et la résorption humorale des streptocoques. La flore prépondérante est constituée par les *strepto-entérocoques*. Les streptocoques viridans et hémolytiques sont très rares. Ces strepto-entérocoques ont un pouvoir : 1° toxigène faible mais certain ; 2° hémolytique nul ou léger; 3° acidifiant. Ils résistent relativement plus que les autres microbes aux sucs digestifs. Ils peuvent présenter des formes filtrantes. Ils s'associent souvent à d'autres microbes, notamment « au *bacille fusiforme* qui se développe *in vivo* et *in vitro* dans l'ombre des streptocoques ». La *fuso-streptococcie* est plus fréquente que la fuso-spirillose.

On trouve, en outre, rarement des staphylocoques plus souvent des anaérobies, type perfringens.

L'infection de l'organisme peut se faire directement en partant de ce foyer dentaire, ou par l'intermédiaire d'un secondaire foyer (angine, sinusite).

G. et L. attribuent :

1° *Au groupe strepto-entérocoque* : les endocardites, les néphrites parcellaires latentes (sans albumine, avec leucocytose discrète, et streptocoques dans le culot de centrifugation), quelques rhumatismes. Les rapports avec les ulcères du tube digestif restent à prouver.

2° *A la fuso-streptococcie*, les angines banales ou à aspect à la fois hémorragique et suppuratif, les angines du type « angine de Vincent », les broncho-pneumonies.

3° *Au staphylocoque*, un rôle épisodique dans la furonculose.

4° *Au bacille perfringens d'origine dentaire, isolé sous le nom de bacille d'Achalme*, la possibilité de provoquer certains rhumatismes articulaires.

C. Ruppe.

MINERVA MEDICA (Turin)

Ugo Rondelli. ***Hématologie du sommeil*** (*Minerva Medica*, XXIIe année, tome 1, n° 22, 2 Juin 1931). — Von Economo a été conduit par ses recherches à admettre l'existence de deux types de sommeil, l'un somatique d'origine mésocéphalique, l'autre psychique d'origine corticale, auxquels correspondent deux séries d'hypnotiques, ceux qui agissent sur la région mésencéphalo-thalamique et ceux qui agissent sur le cortex, les premiers ayant une action végétative, les autres une action surtout psychique.

R. a étudié les modifications hématologiques produites par les hypnotiques. Les hypnotiques thalamiques (luminal et, à un moindre degré, véronal) ont une action vagotonique sur la formule leucocytaire, c'est-à-dire qu'ils augmentent la proportion des lymphocytes par rapport aux polynucléaires neutrophiles ; cette augmentation persiste après l'épuisement de l'action de l'hypnotique et peut s'observer même s'il n'y a pas eu de sommeil. Au contraire, un hypnotique cortical tel que la paraldéhyde ne modifie pas la formule leucocytaire ou très légèrement et dans un sens ou dans l'autre. Ces recherches confirment donc la distinction établie par von Economo et montrent que le sommeil somatique correspond à une inhibition sympathique ou à une vagotonie, tandis que le sommeil cortical ne modifie pas l'équilibre végétatif.

L. Rouquès.

Enrico Greppi et **Ercole Buccianti.** ***La pléthore plasmatique dans les leucémies. Observations sur l'influence de la splénectomie sur le volume du plasma*** (*Minerva Medica*, XXIIe année, tome I, n° 24, 16 Juin 1931). — L'augmentation du volume du plasma dans les leucémies, signalée par Keith et par Greppi, pouvait être attribuée *a priori* à l'absorption rapide du colorant injecté (rouge Congo) par la rate hypertrophiée, faisant croire ainsi à une dilution de ce colorant plus forte qu'elle ne l'est en réalité. Pour vérifier cette hypothèse, il eût fallu déterminer la masse du plasma avant et après splénectomie, mais cette intervention est formellement contre-indiquée dans les leucémies ; cependant, les nouvelles recherches de Greppi et de Buccianti montrent que cette hypothèse est fausse ; en effet, ils ont observé un malade

atteint de leucémie lymphoïde avec pléthore plasmatique, dont la rate était de dimensions normales; d'autre part, l'augmentation de la masse du plasma n'est pas spéciale aux leucémies et s'observe dans les anémies splénomégaliques et dans la maladie de Banti; or, dans ces affections, la splénectomie ne diminue pas le volume du plasma. La présence d'une splénomégalie importante ne constitue donc pas une cause d'erreur pour la détermination du volume plasmatique par la méthode du rouge Congo et les valeurs trouvées chez les leucémiques doivent être tenues pour exactes.

Lorsque le chiffre globulaire est élevé, il y a une triple pléthore portant à la fois sur le plasma, les globules rouges et les globules blancs et la masse totale du sang est augmentée. Lorsque le chiffre des globules rouges est bas, le volume total du sang peut être diminué, bien que celui du plasma soit exagéré. L'existence d'une augmentation du volume du plasma dans les leucémies est importante à retenir, car elle fausse les chiffres globulaires obtenus par les méthodes hématométriques ordinaires qui indiquent un chiffre d'anémie relative inférieur à celui de l'anémie absolue, seule importante du point de vue de la survie; le processus destructif des globules rouges est moins important en réalité dans les leucémies qu'il ne le paraît au premier abord. Enfin, la notion de la pléthore plasmatique et globulaire montre que l'augmentation de l'uricémie observée chez les leucémiques n'est pas attribuable à la seule exagération du catabolisme des éléments blancs; les chiffres d'uricurie sont en effet tout à fait insuffisants par rapport à l'augmentation réelle des globules blancs. L. Rouquès.

Guido Osvaldella. ***Anémie pernicieuse, myélose funiculaire (syndrome de Lichtheim) et hépatothérapie*** (*Minerva Medica*, XXIIe année, tome I, nº 25, 23 Juin 1931). — Le pronostic des complications nerveuses des anémies pernicieuses est encore diversement apprécié; les uns, en majorité, considèrent qu'elles sont rebelles au traitement, les autres qu'elles sont susceptibles de guérir lorsque le traitement par le foie a été institué assez précocement et à doses suffisantes. L'observation de O. montre que, même dans les conditions les plus favorables, un syndrome neuro-anémique peut résister à tout traitement. Une femme de 60 ans vient à l'hôpital pour une anémie pernicieuse plastique, avec 1.300.000 globules rouges et ne présente aucun signe neurologique; elle est mise immédiatement au traitement par le foie; au bout de vingt jours, l'amélioration de l'état anémique est très sensible (2.030.000 globules rouges), mais la malade se plaint de faiblesse des membres inférieurs; bientôt apparaît une paraplégie spasmodique, sans troubles de la sensibilité ni ataxie. En quatre mois, l'état anémique est complètement guéri, mais le syndrome nerveux continue à évoluer et la paralysie gagne les membres supérieurs qui sont le siège de paresthésies. Ainsi donc, un syndrome neuro-anémique s'est développé au cours même de l'hépatothérapie.

L. Rouquès.

Luigi Caporale. ***La transillumination dans les affections mammaires*** (*Minerva Medica*, XXIIe année, tome I, nº 25, 23 Juin 1931). — Cette méthode a été mise au point par Cutler en 1929, après des essais infructueux d'Ewing et d'Adair; C. se sert d'un appareil constitué par une lampe logée dans un pavillon conique, raccordé par un raccord en métal flexible à un manche; l'examen a lieu dans une pièce obscure, en faisant varier l'intensité de l'éclairage produit par la lampe.

Le sein normal, pendant la période intermenstruelle, est en totalité transparent, avec des vaisseaux d'une opacité bleuâtre caractéristique. Au moment des règles, la glande s'illumine moins facilement et l'on observe souvent dans son épaisseur de petites zones opaques qui peuvent persister quelques jours après la fin des règles. Pendant la grossesse, le sein s'opacifie graduellement et devient complètement opaque pendant l'allaitement.

Les lésions du sein sont mises en évidence par la transillumination; les hématomes profonds donnent une ombre plus ou moins étendue; le sein est opaque dans les mastites aiguës et l'opacité diminue d'intensité et d'étendue lors de l'amélioration; l'ombre des mastites chroniques est diffuse ou circonscrite suivant l'étendue du processus. Les kystes mammaires sont transparents lorsqu'ils sont séreux, opaques lorsqu'ils sont hématiques. Dans les tumeurs fibro-kystiques, les zones fibreuses sont opaques et les zones kystiques plus ou moins transparentes, suivant le nombre et le volume des kystes, dont on peut voir s'ils sont uni ou pluri-loculaires. Les cancers sont d'une opacité variable, mais leur opacité n'est pas caractéristique; à leur début, ils restent transparents, mais les vaisseaux s'arrêtent à leur périphérie en formant un cercle; les renseignements fournis par la transillumination ne sont pas négligeables en matière de diagnostic de cancer et doivent s'ajouter aux autres éléments cliniques. L. Rouquès.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

E. Jaeggy. ***Crises d'urticaire et d'asthme provoquées par des lavements à la camomille; dermoréactions; effets de l'Emge Lumière, des anesthésiques locaux, percaïne et panthésine sur les foyers inflammatoires*** (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, tome LXI, nº 24, 13 Juin 1931). — J. donne l'observation d'une femme de 44 ans qui présente des troubles d'urticaire et d'asthme remontant à l'enfance. A la suite d'une hystérectomie fundique, la défécation reste douloureuse pendant près de deux semaines, ce qui amène J. à remplacer les lavements à l'eau ordinaire par des lavements à la camomille. Le premier de ces lavements détermine, en quelques minutes, une crise d'asthme avec éruption d'urticaire, de l'angoisse ainsi que de l'érythème généralisé. Un deuxième lavement à la camomille produit les mêmes phénomènes. Un troisième lavement, précédé de 1 gr. d'hyposulfite de magnésie dans 10 gr. d'eau (Emge Lumière), ne donne lieu qu'à des phénomènes atténués.

Une dermoréaction avec un extrait de camomille fait apparaître une papule étendue et une large plaque d'urticaire suivies d'une infiltration qui rend la peau très douloureuse au toucher. Cette épreuve est pratiquée une deuxième fois avec les mêmes effets et une troisième fois, elle est précédée d'une injection d'hyposulfite de magnésie et a des conséquences beaucoup moins marquées.

En mélangeant l'extrait de camomille utilisé à un anesthésique local ou en traitant préalablement la peau avec un baume anesthésiant et alcalinisant (panthésine) la réaction inflammatoire est minime.

J. procède à de nouvelles expériences de dermoréaction avec un vaccin antistaphylococcique qui provoque de l'œdème et de l'érythème. Il constate également que le mélange avec un anesthésique local retarde la réaction et que le baume diminue la sensibilité à la douleur mais ne hâte pas la régression des symptômes.

P.-E. Morhardt.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

H. Schadow. ***L'impaludation artificielle source de paludisme congénital*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVII, nº 23, 5 Juin 1931). — Un enfant naît avant terme sans stigmates d'hérédo-syphilis évidents, d'une mère atteinte de méningo-encéphalite diffuse syphilitique. Le nourrisson, soumis au traitement spécifique, présente à partir de la troisième semaine, des accès fébriles qui se régularisent rapidement pour prendre le type de la fièvre tierce. L'examen révèle l'existence d'une rate augmentée de volume et on trouve dans le sang du plasmodium.

L'enfant guérit après traitement par la quinine et par des transfusions sanguines répétées, nécessitées par une anémie intense et progressive.

L'enquête révèle que la mère qui présentait des troubles psychiques manifestes avait subi trois semaines avant la naissance de son enfant une inoculation de paludisme. Après 6 accès assez violents elle accoucha spontanément au huitième mois. Son état demeura sérieux et elle succomba en quelques mois.

En dehors du Bordet-Wassermann + dans le sang du cordon, nul signe de spécificité ne put être décelé chez l'enfant, ni lors de la naissance, ni ultérieurement, et son développement se fit normalement.

Malgré l'évolution favorable de ce cas, les conséquences possibles de l'impaludation d'une femme enceinte sont à retenir, et il est prudent d'en tenir compte, d'autant plus que l'on connaît le pronostic habituellement bénin pour l'enfant de la syphilis tertiaire des parents.

G. Dreyfus-Sée.

A. Rejtö. ***Du cholestéatome; nouveaux principes de traitement du cholestéatome; essais de mise en évidence du cholestéatome par des procédés chimiques*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, nº 20, 15 Mai 1931). — Malgré une expérience encore restreinte, R. a voulu exposer sa méthode de diagnostic et de traitement du cholestéatome basée sur des principes entièrement nouveaux. Les cholestéatomes sont formés de cholestérine cristallisée et amorphe en proportion considérable; leur développement est favorisé par l'humidité de l'oreille moyenne.

Dans ces conditions il était logique de préconiser le dessèchement du conduit au lieu des lavages fréquents et des gouttes antiseptiques qu'il est d'usage d'employer en pareil cas.

Ayant supprimé tout apport aqueux qui favorise son extension, R. a cherché à désagréger le cholestéatome lui-même. Dans ce but, il choisit parmi les substances capables de l'attaquer, le tétrachlorure de carbone qui lui parut avoir un double avantage. Cette substance, peu irritante pour le conduit auditif dissout en effet la cholestérine et, en outre, il est possible de mettre en évidence ultérieurement cette cholestérine renfermée dans le liquide ayant servi au lavage.

On peut ainsi apprécier l'efficacité du traitement, alors que dans l'huile d'olive qui serait active elle aussi, on ne peut retrouver les traces cholestériniques.

Le tétrachlorure de carbone peut également, du fait de cette même propriété, être utilisé pour le diagnostic de l'existence d'un cholestéatome. Par un procédé simple, dont R. donne la technique, on peut facilement mettre en évidence la cholestérine dans le liquide employé pour nettoyer l'oreille suspecte.

Une réaction faiblement positive témoignerait seulement de l'existence de pus, mais les réactions fortes sont caractéristiques de la présence de cholestérine. On ne peut encore juger définitivement ces techniques que l'auteur n'emploie que depuis quelques mois. Il se propose d'en étendre l'usage et, en outre, de vérifier chez ces malades le taux cholestérinémique dont l'élévation pourrait être un appoint utile au diagnostic.

G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

W. G. Schipatschoff. ***La maladie de Kaschin-Beck; ostéoarthrite endémique*** (*Deutsches Archiv. für klinische Medizin*, tome CLXX, nos 1-2, 2 Mars 1931). — La maladie de Kaschin-Beck généralement désignée sous le nom de maladie de Beck, sévit dans une région de la Sibérie d'une superficie de 20.000 kmq et comprenant 100.000 habitants. Parmi les symptômes observés, S..., qui a fait ces observations à Irkoutsk, compte des douleurs articulaires, osseuses et musculaires, parfois accompagnées de gonflement articulaire et d'éruptions hémorragiques au niveau des articulations malades. A la longue, il apparaît des incurvations et du raccourcissement des os. Le goitre, qui est fréquent, n'atteint pas un volume proportionnel à la gravité de l'arthrite. En outre, les gencives saignent facilement et, chez les enfants, on observe un chapelet costal.

L'eau de l'Unda, un des fleuves qui arrosent cette région, détermine un arrêt de croissance et un retard de l'ossification avec des lésions viscérales diverses chez le lapin. Cependant, chez les indigènes, le remplacement de l'eau de fleuve par l'eau de source pure ne réussit à faire passer la proportion des malades que de 64,8 à 35,8 pour 100.

Les animaux domestiques sont, eux aussi, malades. Ils présentent, en particulier, un arrêt de croissance et meurent souvent de bonne heure.

Sur 9 cadavres humains, S. a constaté surtout des lésions squelettiques: élargissement des cartilages épiphysaires, chapelet rachitique, altérations profondes de la structure de la spongieuse, raccourcissement des os, signes de scorbut et de polynévrite.

L'analyse du blé a montré une insuffisance du facteur A et des anomalies de la constitution minérale. Ce blé provoque d'ailleurs, chez les animaux, des symptômes analogues à ceux de la maladie de Kaschin-Beck.

Dans l'étiologie de la maladie interviendrait donc, avec l'eau, le régime alimentaire dont l'action est d'autant plus marquée que, à cause du climat froid et de l'altitude élevée, les habitants sont privés de légumes pendant cinq à six mois de l'année.

P.-E. Morhardt.

O. B. Bode. ***Recherches sur la signification de l'épreuve de la galactose pour étudier la fonction du foie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXX, nos 1-2, 2 Mars 1931). — L'épreuve de la galactosurie après administration de galactose introduite par R. Bauer a été reprise par B. en étudiant la courbe de la glycémie. Pour cela, il administre, à jeun, 40 gr. de glucose et dose le sucre du sang 30, 60, 90 et 120 minutes plus tard. Parallèlement, la galactose est recherchée dans l'urine toutes les six heures.

Quand la glycémie augmente de plus de 30 pour 100, B. considère que le foie n'est pas normal. Les lésions parenchymateuses aiguës donnent en effet lieu à une augmentation supérieure à ce chiffre, en même temps qu'à une forte galactosurie. Au fur et à mesure que le malade guérit, on constate que les résultats de l'épreuve redeviennent normaux.

En cas de cirrhose hépatique, le sucre du sang augmente beaucoup sans qu'il apparaisse de galactosurie, probablement parce que le seuil rénal est augmenté pour la galactose en cas de lésions à évolution lente. Cette épreuve permet de distinguer la cirrhose de foie des ascites d'origine incertaine.

Dans l'ictère par lithiase, on ne trouve de la galactosurie que si l'ictère subsiste depuis longtemps. La compression du cholédoque fait apparaître une courbe de glycémie pathologique, mais pas de galactosurie importante, ce qui permet de distinguer ces cas des ictères d'origine parenchymateuse. Ceux-ci, en effet, s'accompagnent toujours de galactosurie quand il y a hyperglycémie. Les troubles constatés en cas de lésions locales dépendent de l'étendue de ces lésions.

Lorsqu'il y a décompensation cardiaque avec stase hépatique, l'épreuve de la galactosurie donne des résultats à peu près parallèles à l'importance des troubles cardiaques. Les infections fébriles donnent des résultats variables mais en général assez en rapport avec l'état du malade.

L'épreuve de la galactose est supérieure à celle de la lévulose.

P.-E. Morhardt.

N. S. Belonogowa. ***L'influence de la motilité de l'intestin sur l'urobilinogène des fèces et de l'urine*** (*Deutsches Archiv. für klinische Medizin*, tome CLXX, n° 4, 18 Avril 1931). — Normalement il se détruit une proportion importante d'urobilinogène dans l'intestin. Cette destruction augmente quand la motilité de l'intestin diminue et s'accentue au contraire quand la motilité est accélérée.

La disparition de cette substance est due à une résorption par la paroi intestinale en même temps qu'à une destruction de cette substance. Ce dernier facteur est de beaucoup le plus important.

La détermination de l'urobilinogène éliminé par les fèces ne permet pas d'apprécier la quantité absolue d'hémoglobine désintégrée par unité de temps, ni, par conséquent, la durée des érythrocytes.

Pour apprécier, par cette méthode, l'importance relative de la destruction du sang, il faut que les fonctions intestinales soient normales.

P.-E. Morhardt.

MITTEILUNGEN AUS DEN GRENZGEBIETEN DER MEDIZIN und CHIRURGIE (Iéna)

A. S. Kosdoba. ***Le rôle de l'infection dans la pathogénèse des gangrènes dites spontanées*** (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XLII, n° 3 1931). — Les publications récentes ont montré, d'après K., que l'infection joue un rôle important dans les affections des surrénales et qu'un trouble général des corrélations qui existent entre les diverses glandes endocriniennes diminue la résistance de l'organisme à l'égard des agents pathogènes.

K. a observé un individu de 33 ans dont l'histoire confirme ce point de vue. Cet homme est arrivé dans un état typhique très caractérisé et, au cinquième jour de l'observation, il a commencé à ressentir des douleurs dans les membres inférieurs et un sentiment de froid dans les artères. Ces symptômes sont allés en s'accentuant: le pouls de la pédieuse a disparu en même temps qu'une gangrène sèche, d'abord limitée aux orteils, est survenue puis a progressé jusqu'à la mort.

A l'autopsie, on a surtout étudié les vaisseaux des membres inférieurs et les surrénales dont le poids atteint la limite supérieure de la normale (17 gr. 3). A l'examen microscopique, on constate que les lipoïdes sont très abondants même dans la zone réticulaire. Ces glandes présentent un processus d'hypertrophie qui se manifeste au niveau de l'écorce comme au niveau de la moelle. D'autre part, dans la surrénale gauche, on trouve deux régions nécrotiques.

Ainsi une fièvre typhoïde retentit dans certains cas d'une façon nette sur les surrénales: elle excite, dans une première période, l'activité de ces glandes, ce qui conduit à une hyperadrénalinémie, à une augmentation de la pression et à la gangrène spontanée. Dans un second stade la toxine typhique agirait en déterminant l'apparition de foyers nécrotiques dans la glande.

P.-E. Morhardt.

Stan. Kostlivy. ***La participation anatomique et fonctionnelle dans la pathogénèse des sténoses duodénales infrapapillaires chroniques relatives*** (*Mitteilung aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XLII, n° 3, 1931). — On a primitivement considéré, avec Rokitansky que la sténose duodénale infrapapillaire devait être en relations avec des phénomènes de pression ou de traction subis par la branche descendante du duodénum. Plus tard, on a fait intervenir, notamment avec Melchior, une malformation congénitale. Enfin des adhérences plus ou moins importantes ont été accusées de provoquer le syndrome en question.

Mais K. fait remarquer qu'on rencontre également ce syndrome de sténose infrapapillaire sans que l'intervention permette de constater aucune lésion locale. Sur 19 cas contrôlés, K. a constaté qu'il n'y en avait pas un seul dans lequel des adhérences pouvaient être considérées comme d'origine congénitale. Par contre, dans 7 cas, il a retrouvé des membranes minces qui doivent être considérées comme des péviviscérites inflammatoires, analogues à celles qu'on observe sur l'estomac, le duodénum et le cæcum. Parfois il s'agissait de cordon résistant accompagné de ganglions tuméfiés qui ne laissaient aucun doute sur la genèse inflammatoire de cette altération. Dans 4 cas le ligament de Treitz était anormalement court et tendu, de sorte que l'angle duodéno-jéjunal était plus haut situé. Dans 3 de ces cas, il n'y avait pas d'inflammation.

Dans les 6 derniers cas, on n'a constaté aucune anomalie bien que celles-ci aient été recherchées avec un soin particulier. Néanmoins, le duodénum était anormalement long et dilaté en même temps que sa paroi était épaissie. En outre, la branche descendante et la branche montante se continuaient sans intermédiaires, c'est-à-dire en forme de V. Enfin, à l'angle duodéno-jéjunal il n'y avait pas trace de coudure. Cette hypertrophie devait être attribuée dans ces cas à une difficulté d'expulsion du fait de l'augmentation de la hauteur de la branche ascendante.

Il paraît douteux à K. qu'on puisse considérer ces « mégaduodénum » comme une malformation. On doit comparer ces phénomènes à l'élongation et à la dilatation des estomacs ptosés par trouble purement fonctionnel.

Tout trouble fonctionnel de ce genre peut être en relations avec des lésions du système nerveux végétatif. D'ailleurs K. a eu l'occasion d'observer, dans deux circonstances, après mobilisation étendue du bulbe tout entier, un iléus duodénal avec duodénum dilaté, allongé, épaissi et distendu par du liquide sanglant et bilieux sans qu'il y ait sténose à l'angle duodéno-jéjunal.

Ces faits amènent à conclure que le duodénum peut être le siège de troubles fonctionnels cinétiques: à côté d'atonie avec ou sans résidus paradoxaux, on observe tous les intermédiaires jusqu'à la sténose absolue sans rien qui gêne l'écoulement. Ce qui est frappant dans ces cas, c'est qu'il n'a pas été trouvé une seule fois ni raccourcissement du ligament de Treitz ni membranes ou cordons inflammatoires, ni ganglions tuméfiés. Il doit donc s'agir ici d'un trouble primitif de la motilité duodénale et, par conséquent, d'une sténose relative.

Au point de vue clinique, K. fait remarquer que sur ses 19 cas, il compte 16 hommes et que les troubles remontent en général à deux, trois ou quatre ans bien qu'un de ses malades ait souffert depuis dix ans. La maladie ne débute qu'après la vingtième année et les malades se plaignent d'une sensation de pesanteur et de tension dans la partie supérieure du ventre, survenant peu après les re-

pas. Trois malades se sont plaints de faim douloureuse typique. Les vomissements n'ont pas été observés. Le sondage gastrique a toujours donné un suc bilieux à acidité normale; les pertes de poids ont été, en général, assez importantes. Le diagnostic est fait par l'examen radiologique qui montre un pylore grand ouvert et un duodénum élargi dans lequel les repas séjournent un certain temps. Parfois, dans les cas sévères, l'estomac tout entier et le duodénum restent dilatés par le repas que des mouvements antipéristaltiques font remonter jusqu'à l'estomac.

Le signe le plus caractéristique est le résidu paradoxal en trois parties dont l'une correspond au sinus gastrique, la seconde au bulbe duodénal et la troisième à l'union de la branche ascendante et de la branche montante du duodénum.

K., comme d'ailleurs Melchior, demande qu'on ne fasse pas de cette sténose infrapapillaire une « maladie à la mode ». Il croit cependant que beaucoup de troubles gastriques s'expliquent complètement par une insuffisance motrice du duodénum. Au point de vue thérapeutique, il n'y a lieu d'intervenir que si la ptose et la dilatation sont importantes et accompagnées du résidu paradoxal. La physiothérapie et la balnéothérapie méthodiques donnent d'ailleurs des résultats souvent remarquables. K. a employé aussi, avec des résultats favorables, une thérapeutique légère aux rayons Rœntgen. Au point de vue chirurgical, il n'a pas eu de bons résultats avec la section du ligament de Treitz, selon Haberer. Il se demande s'il ne faut pas recourir plutôt à la duodéno-jéjunostomie selon Duval. De simples gastro-entéro-anastomoses sont théoriquement mal fondées ; elles ont cependant donné de bons résultats à K., dans ses deux premiers cas.

P.-E. Morhardt.

Otto Dolainski. ***La sympathectomie dans l'asthme bronchique*** (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XLII, n° 3, 1931). — D. rappelle que Kümmel a pratiqué, pour la première fois, en 1923, la sympathectomie dans l'asthme bronchique et il montre que l'interprétation des résultats ainsi obtenus varie suivant les auteurs.

Kümmel lui-même arrive à admettre que cette intervention supprime en même temps quelques fibres du vague. D'autres comme Glaser et Kaess pensent qu'on abolit ainsi un réflexe vague-sympathique et enfin, pour d'autres, le facteur psychique est prépondérant. Cependant selon D., le vague est théoriquement le nerf qu'il faudrait sectionner. C'est ce qui explique que Kümmel cherche à atteindre le plus possible les branches du vague en pratiquant l'intervention là où les rameaux des deux systèmes se réunissent pour former les branches pulmonaires, c'est-à-dire très profondément, ce qui ne réussit pas toujours.

D. réunit toutes les statistiques publiées jusqu'ici et arrive à un total de 382 cas d'asthme chez lesquels cette intervention a été pratiquée. Sur ce nombre, on a obtenu 31,6 pour 100 de guérisons complètes, 17,2 pour 100 d'améliorations très importantes. Dans 42,4 pour 100 des cas, il n'y a pas eu d'améliorations et la mort est survenue 2,7 fois sur 100. Au total les insuccès s'élèveraient à plus de 47 pour 100.

D'un autre côté, il a été signalé quelques complications post-opératoires comme des névralgies du trijumeau, des douleurs irradiées dans le bras de l'atrophie musculaire. Mais pour D., ces complications ne constituent pas de contre-indications. En somme, d'après cet auteur, la sympathectomie n'a peut-être pas donné ce qu'elle promettait au début. Mais on ne peut pas prétendre qu'elle doit être complètement éliminée. Il reste encore à savoir ce que donnera la méthode intrathoracique que les expériences paraissent justifier.

Quant à la méthode extrathoracique elle a eu des succès incontestables bien que souvent passagers et difficiles à expliquer théoriquement.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für GYNAKOLOGIE
(Berlin)

H. Rossenbeck. ***Eclampsie et état ionique; recherches analytiques sur le sang et les organes à propos de l'étude de la biopathologie de l'éclampsie*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXLV, fasc. 2). — Chez les femmes enceintes normales, on constate dans le sérum une modification de la répartition des ions; c'est ainsi que le taux des ions Cl s'élève à 7 pour 100 plus haut que la normale, tandis que les ions Na diminuent de 8 pour 100. Ces modifications sont plus marquées dans les néphrites gravidiques et états connexes. Tout particulièrement, dans l'éclampsie, Cl dépasse de 10 pour 100 la normale, tandis que Na diminue de 14 pour 100.

Pendant la gestation normale, on peut mettre en évidence dans le foie une augmentation du Na et une modification du rapport $\frac{K}{Ca}$ tenant à la variation du calcium. Chez les éclamptiques, au contraire, le taux du sodium est abaissé, le rapport $\frac{K}{Ca}$ est modifié mais, cette fois, par variation du potassium. Il y a lieu de signaler, de plus, que, chez les femmes enceintes normales tout comme chez les éclamptiques, on constate, dans le poumon, une forte diminution du taux de Na et, dans les reins, une notable augmentation du même Na. Chez les éclamptiques, Na est augmenté dans la substance grise et diminué dans la substance blanche.

Henri Vignes.

O. Timpe et **K. Hellmuth** ***Recherches comparatives sur la chaux et les différents composés du calcium chez la mère et chez l'enfant*** (*Archiv. für Gynäkologie*, tome CXLV, fasc. 2). — Des recherches entreprises dans 215 cas tant sur le sang de la mère que sur celui de l'enfant ont montré un chiffre plus élevé de Ca dans le sérum du fœtus que dans celui de la mère. Il n'a pas été possible d'établir un rapport entre la teneur en chaux du sérum maternel d'une part et d'autre part le nombre de gestation, le poids ou le sexe de l'enfant. Il n'y a pas de différence dans le taux du calcium dyalisable dans le sang veineux maternel, que la femme soit examinée au cours du *post-partum* ou dans les premiers mois de la gestation. La quantité de calcium dyalisable est proportionnellement plus élevée chez le fœtus que chez la mère.

Henri Vignes.

R. Spiegler. ***Les différents états du potassium et du calcium pendant la gestation et leur signification*** (*Archiv. für Gynäkologie*, tome CXLV, fasc. 2. — S. a pu établir quantitativement la teneur absolue en potassium et en calcium dans la totalité du sérum des femmes enceintes puis après ultra-filtration et enfin après ultrafiltration électrolytique. A l'état normal et en dehors de la grossesse, chez une femme bien portante, on peut par ultrafiltration extraire 24,3 pour 100 de la totalité du potassium du sérum; par ultrafiltration électrolytique, on en extrait 51 pour 100; il reste donc encore 24,7 pour 100 qui sont fixés aux molécules du sérum. Pour le calcium 48,5 pour 100 sont retirés par ultrafiltration et 49,1 pour 100 par ultrafiltration électrolytique, il n'y a que 3.36 pour 100 à rester fixés au sérum. Pendant la gestation, la diffusibilité du potassium augmente pour atteindre son maximum dans les derniers mois, puis elle diminue rapidement après la parturition et retourne à la normale au huitième jour des suites de couches. Pour le calcium, au contraire, la diffusibilité diminue de plus en plus à mesure que la gestation avance, et cette diminution se poursuit jusqu'au huitième jour du puerpérisme.

Dans les néphrites et, surtout, dans l'éclampsie, on note que la quantité de potassium qui reste fixée au sérum a beaucoup diminué, elle est de 2,3 pour 100 dans les néphrites et de 0,2 pour 100 dans les cas d'éclampsie. Pour le calcium, au contraire, les résultats sont inverses: dans les néphrites, 5,1 pour 100 restent fixés au sérum et dans l'éclampsie 9,8 pour 100.

Henri Vignes.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE
(Leipzig)

Edel. ***La ligature des veines pulmonaires dans la tuberculose cavitaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LX, n° 3, 1931). — L'action bienfaisante du pneumothorax thérapeutique semble, de l'avis de la plupart des auteurs, due avant tout à l'hyperémie résultant de la compression des vaisseaux pulmonaires dans le moignon collabé; cette opinion corrobore le fait anciennement connu de la résistance des mitraux à l'infection tuberculeuse.

E. a réalisé cette hyperémie en ligaturant les veines pulmonaires, intervention dont le principe avait été soutenu expérimentalement chez l'animal dès 1911.

Il a pratiqué pour la première fois cette opération chez l'homme dans 4 cas de tuberculose cavitaire évolutive et unilatérale dans lesquels le pneumothorax était impossible à réaliser. Chez les quatre malades opérés, les suites opératoires furent normales, la température baissa, cependant que diminuaient les signes fonctionnels et que l'expectoration, après une phase d'exagération de brève durée finissait par se tarir. Quant à l'état local, il s'améliora rapidement ainsi qu'en font foi les très démonstratives radiographies jointes à cet intéressant article.

G. Basch.

Neumann. ***Résultats de l'examen radiologique systématique du sujet apparemment bien portant*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LX, n° 4, 1931). — La méthode de travail qu'a suivie N. a été la suivante: le sujet interrogé sur ses commémoratifs, puis examiné cliniquement, est radioscopé: en cas du doute le plus léger, une plaque est tirée, et des examens cliniques et humoraux approfondis sont mis en œuvre.

Cette statistique a porté sur les catégories suivantes: un premier groupe envisage les sujets exposés à la contagion, en dehors des parents des malades, c'est-à-dire leurs compagnons de travail, leurs amis, et le personnel du dispensaire urbain.

Les catégories suivantes concernent les familles dans lesquelles sont effectués les placements, le personnel des jardins d'enfants et des pouponnières, les donneurs de sang, les écoliers, les maîtres, les étudiants, les employés d'administration. Un troisième groupe enfin envisage les médecins et le personnel infirmier.

Les résultats de cette vaste enquête sont exposés en de nombreux tableaux, classant les résultats obtenus sur un total de 3.757 sujets apparemment sains. Dans l'ensemble 3,5 pour 100 ont dû être l'objet d'une surveillance médicale, et 1,7 pour 100 de ces derniers ont du être traités.

Suivant l'âge, l'atteinte maxima est réalisée entre 15 et 30 ans. Suivant les conditions matérielles, le plus grand nombre de constatations positives a été fait dans les asiles d'aliénés, et dans les asiles de nuit.

G. Basch.

Braeuning. ***Evolution et pronostic des tuberculoses pulmonaires diagnostiquées par l'examen systématique des sujets bien portants***

LE NOUVEAU LIT-MÉCANIQUE-DUPONT

MODÈLE MÉTALLIQUE PERFECTIONNÉ

1° **évite tout mouvement** . . . . . . Phlébite, fracture. Rhumatisme articulaire aigu. Péritonite. Grandes hémorragies, etc.

2° **permet de passer le bassin** . . . Paralysie, apoplexie. Fièvres adynamiques. Méningite, etc.

3° **facilite** . . .
- **les pansements** . . . Opérés. Brûlures graves. Escarres, etc.
- **l'application des appareils plâtrés.**
- **l'examen des régions postérieures.**

SERVICE DE LOCATION : DANTON 05-61 et 05-62



La Maison DUPONT

10, RUE HAUTEFEUILLE, PARIS (VIe)

FABRIQUE SUR ORDONNANCES MÉDICALES

TOUS LES MEUBLES ET APPAREILS POUR MALADES ET BLESSÉS

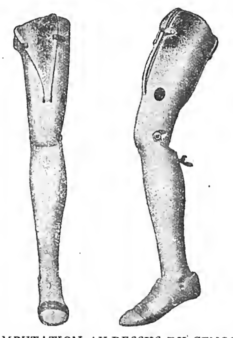
LITS - FAUTEUILS - VOITURES

ORTHOPÉDIE ET PROTHÈSE — CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES

BANDAGES ET CEINTURES — BAS A VARICES

MOBILIER MÉDICAL ET CHIRURGICAL

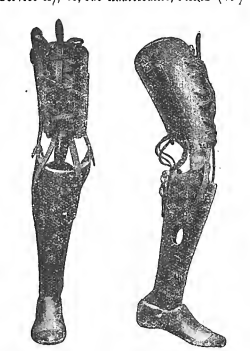
Envoi du catalogue général et des conditions médicales sur demande adressée à : Maison DUPONT (Service A), 10, rue Hautefeuille, PARIS (VIe)



AMPUTATION AU-DESSUS DU GENOU



CORSET pour SCOLIOSE



AMPUTATION AU-DESSOUS DU GENOU

Succursale à LYON : 6, Place Bellecour

(*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LX, nº 4, 1931). — B. se demande de quelle valeur est dans la lutte contre la tuberculose l'examen radiologique systématiquement pratiqué chez les sujets apparemment sains. Il ressort des statistiques de B. que 70 pour 100 des sujets atteints de tuberculose ouverte succombent à leur maladie, et que, sur l'ensemble des tuberculoses diagnostiquées, 15 pour 100 seulement le sont au stade de tuberculose fermée, d'où l'intérêt capital d'instituer un dépistage précoce.

En l'absence de tout signe physique et fonctionnel la tuberculose latente ne se signale que par ses signes radiologiques; comme il est impossible, de l'aveu même de B., de faire passer sous l'écran la population tout entière, il faut apprendre à connaître les groupes parmi lesquels on aura le plus de chances de trouver des tuberculoses latentes. Ce sont les tarés, les sujets exposés à la contagion, les miséreux chez qui la moisson sera la plus abondante, et chez les sujets âgés de 15 à 30 ans. Grâce à cette recherche systématique qui a donné lieu pour l'année 1930 à plus de 20.000 examens radiologiques pour une population de 270.000, le dépistage de la tuberculose *incipiens* a été amélioré de 10 pour 100. Cette pratique a permis également en multipliant les clichés de fixer la séméiologie radiologique de la tuberculose latente.

L'évolution de ces états mal connus jusque-là a pu également être précisée: le pronostic est favorable chez l'enfant jusqu'à la puberté. Il s'agit donc d'une méthode à employer largement, chaque médecin devant compléter son examen clinique par un coup d'œil à l'écran.

G. Basch.

Otto Wiese. *Réflexions sur la pratique du pneumothorax chez l'enfant* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LX, nºs 5 et 6, 1931). — La pratique du pneumothorax chez l'enfant, inaugurée en Allemagne par Pielsticker et Vogt, puis mise en œuvre par Eliasberger et Kahn, par Simon, par Armand-Delille s'est révélée des plus efficace dans le traitement de la tuberculose de l'enfant. Les indications sont en principe les mêmes que chez l'adulte: avant dix ans néanmoins, il ne faut pas se hâter de pratiquer le pneumothorax au cours de formes infiltrées susceptibles de rétrocéder spontanément; les indications principales sont constituées par les infiltrats secondaires avec tendance à la fonte, mais avant tout et surtout par les grandes hémoptysies.

Malgré la possibilité de guérison spontanée des cavernes de l'enfant, celles-ci constituent également une indication majeure de la méthode de Forlanini. La complication la plus fréquente est l'exsudation pleurale, qui survient dans environ un quart des cas et qu'il faut éviter de ponctionner. L'ouverture d'une caverne avec pyopneumothorax a été observée trois fois et fut de pronostic fatal. L'embolie gazeuse, le choc pleural ont été rarement observés.

La durée d'entretien du pneumothorax varie avec les cas observés: elle peut s'étager sur plusieurs années.

W. a pratiqué 39 fois une double insufflation, ces cas fournissant après un recul de deux à trois ans les résultats suivants: 7 mauvais résultats. 5 peu satisfaisants, 4 satisfaisants, 14 bons, 4 douteux.

L'oléothorax, la thoracoscopie avec cautérisation, la phrénicectomie, ont été pratiqués par W. avec des fortunes diverses.

La thoracoplastie ne doit pas être tentée avant l'âge de 14 ans, et encore faut-il que la croissance soit totalement terminée, faute de quoi on observe des cypho-scolioses et des déformations diverses.

Le plombage extra-pleural a été pratiqué 15 fois avec des résultats satisfaisants.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Wien)

Busson. *Mise en évidence du bacille de Koch dans le sang des malades atteints de R.A.A.* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, nº 13, 27 Mars 1931). — Les recherches de Löwenstein, Reitter et Kren retrouvant dans un nombre imposant de cas le bacille de Koch dans le sang des rhumatisants ont soulevé une émotion bien légitime.

Ces auteurs ont pu cultiver le bacille tuberculeux non seulement à partir du sang des malades, mais également à partir du liquide articulaire. Si ces expériences se vérifiaient, elles nous amèneraient à modifier complètement l'ensemble des notions concernant la tuberculose: si en effet le R.A.A. est une affection tuberculeuse hématogène, on ne saurait suffisamment s'étonner de son caractère régressif, et de l'absence à l'autopsie de lésions tuberculeuses spécifiques, soit au niveau des jointures, soit au niveau des viscères, particulièrement au niveau de l'endocarde dont les lésions sont connues depuis si longtemps.

Contradictoire est également le résultat des épreuves à la tuberculine, habituellement négatives dans le R.A.A.

Rappelant les diverses recherches bacilloscopiques à tous les stades de la tuberculose, B. note la fréquence des examens positifs chez les malades légèrement atteints et même chez les sujets n'ayant jamais présenté de manifestations bacillaires; on conçoit mal, par contre, que si une maladie aussi intense et caractérisée que le R.A.A. affirme bactériologiquement son origine tuberculeuse, elle ne s'accompagne pas cliniquement et anatomiquement de manifestations évidemment tuberculeuses.

S'agirait-il de bacilles de virulence atténuée comparables à la souche BCG se développant au niveau d'un organisme particulièrement résistant? On pourrait se demander alors s'il ne s'agit pas de manifestations allergiques à localisation articulaire; mais encore faudrait-il être renseigné sur la virulence expérimentale des souches isolées par les auteurs. En particulier, il faudrait multiplier les inoculations au cobaye, afin d'observer s'il n'y a pas discordance entre les résultats des différentes méthodes.

B. conseille enfin de recourir aux essais sur l'œil du lapin, réactif particulièrement sensible.

G. Basch.

Gaisböck. *Valeur thérapeutique et diagnostique des huiles éthérées* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, nº 13, 27 Mars 1931). — G. rappelle les vertus thérapeutiques attribuées par la croyance populaire à certaines drogues d'origine végétale: au nombre de celles-ci se place « l'eau carminative » faite des produits de distillation des plantes suivantes: feuilles de menthe poivrée, camomille, fenouil, cumin, écorce d'orange, etc...

Les principes actifs de la drogue résident dans des huiles éthérées, dont l'action paralysante sur la musculature lisse des parois intestinales, permet en libérant le spasme d'évacuer les collections gazeuses de l'intestin.

Les essais expérimentaux, pratiqués sur l'intestin isolé du lapin ont mis en évidence une double action, contractile puis paralysante.

Il ressort enfin de quelques observations cliniques rapportées par G. que l'action carminative de la préparation est suffisamment élective pour que, en cas d'insuccès, le médecin soit amené à suspecter la mise en jeu d'un obstacle mécanique parfois d'ordre néoplasique.

G. Basch.

Porges. *L'entérite sans colite* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, nº 14, 3 Avril 1931). — Le tableau clinique de l'inflammation isolée du grêle, sans participation colique est des plus nets, bien que trop souvent méconnu: la modification majeure des selles consiste en la non-digestion des graisses, dont la présence en excès dans les fèces est d'un appoint précieux pour le diagnostic; le gros intestin ne peut en effet suppléer sur ce point le grêle, puisque sa muqueuse est imperméable aux colloïdes, alors que, par ailleurs, il s'efforce de compenser le déficit fonctionnel du grêle.

Les signes subjectifs sont assez vagues, les douleurs sont plus ou moins vives, parfois elles manquent tout à fait: souvent le malade se plaint de nausées, d'épigastralgie; ces troubles en imposent pour une affection gastrique. Parfois il s'agit de coliques à horaire fixe, à irradiations gauches, ou de douleurs péri-ombilicales, ou encore de troubles vaso-moteurs post-prandiaux.

La palpation met en évidence un point douloureux, à gauche de l'ombilic, que P. considère comme caractéristique. Enfin, la flatulence habituelle constitue un signe précieux. L'examen radiologique met en évidence l'accélération du transit jéjuno-iléal.

Le traitement doit viser à la suppression de la cellulose de l'alimentation; dans les cas graves, on supprimera également les viandes, et on nourrira le malade avec du lait sucré et des jus de fruits.

G. Basch.

Reichelt et Wellisch. *L'hyperesthésie de la paroi abdominale* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, nº 14, 13 Avril 1931). — Il s'agit d'un syndrome fréquent chez la femme et se manifestant par une sensibilité locale de la paroi abdominale, syndrome bien connu des gynécologues. La douleur siège soit au niveau des téguments superficiels, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les muscles; mais elle se localise avec prédilection dans le tissu cellulo-graisseux, s'exagérant aux mouvements, au froid, irradiant assez souvent dans la cuisse.

Cette affection frappe les femmes grasses ou celles qui, d'un embonpoint normal, présentent cependant une adiposité localisée à la paroi abdominale. Le diagnostic se pose de la façon la plus simple, en pinçant un pli des téguments du ventre, ce qui arrache un cri à la malade; à ce signe s'ajoute le capitonnage de la peau dont la consistance est spécialement ferme. Diverses manœuvres ayant pour but de provoquer la contradiction des muscles de l'abdomen pendant que les téguments sont pincés entre le pouce et l'index, exagèrent nettement la douleur. La sensibilité superficielle est exagérée, normale ou obtuse; l'examen histologique de la graisse abdominale n'a rien montré de particulier.

La pathogénie de ces troubles est diverse: dans bien des cas, ils traduisent une cellulite de la région; dans d'autres, ils constituent un phénomène réflexe qui traduit la souffrance d'un organe abdominal, ou qui constitue une séquelle d'une opération ayant porté sur l'utérus ou les annexes. Cependant, le plus souvent l'examen gynécologique est négatif, et la connaissance de ce syndrome évite bien des opérations inutiles.

R. et W. préconisent la haute fréquence; d'autres ont tenté la diathermie et les injections de novocaïne locale.

G. Basch.

Klima. *Le sang dans la lymphogranulomatose* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, nº 14, 13 Avril 1931). — Dans 32 cas de lymphogranulomatose vérifiée histologiquement, K. a entrepris de noter les modifications sanguines au cours de l'évolution. Le pourcentage hémoleucocytaire est normal au début de la maladie et au cours des rémissions; dans les formes généralisées et tumorales, on trouve une leucocytose neutrophile, un certain degré de monocytose et une lymphopénie progressive. L'éosinophilie est rare, le chiffre des globules rouges est normal ou légèrement diminué.

Dans les formes rapidement progressives, on trouve le plus souvent de l'anémie, de la leucopénie avec diminution des neutrophiles et des lymphocytes, et de l'éosinophilie.

Ces faits ne permettent pas d'établir un diagnostic différentiel avec les autres pseudo-leucémies dont l'hématologie est très voisine, surtout la lymphadénie tuberculeuse.

Du point de vue pronostic, au contraire, une hématologie normale permet d'espérer une longue survie; l'hyperleucocytose est un moins mauvais signe que la lymphopénie qui doit faire craindre une évolution particulièrement rapide.

G. Basch.

Kenner. ***Deux cas de bacillémie tuberculeuse au cours de l'asthme bronchique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 23, 5 Juin 1931). — La première observation concerne un homme de 48 ans, présentant depuis six ans des crises d'asthme assez peu fréquentes, et chez lequel l'examen radiologique montra un voile bilatéral au sommet, sans autres images anormales; les crachats sont typiques, sans bacilles de Koch. L'état ayant été amélioré par des tablettes d'éphédrine, on inaugura un traitement d'injections sous-cutanées d'« émulsion bacillaire » (?). A un mois de là, une hémoculture faite suivant la méthode de Löwenstein mit en évidence la présence de bacilles de Koch. L'évolution fut satisfaisante.

La deuxième observation est celle d'une femme de 53 ans présentant depuis trois ans des crises d'asthme bronchique, sans signes cliniques ni radiologiques de tuberculose. Une hémoculture faite en plein état de mal se révéla positive.

Ces faits, conformes à l'opinion classique de Landouzy, confirmés par quelques observations cliniques récentes, n'ont rien de surprenant.

Rappelons que la recherche de la bacillémie tuberculeuse a été pratiquée sur le milieu à l'œuf de Löwenstein qui paraît donner des résultats très fréquemment positifs.

G. Basch.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

Lord Dawson Penn. ***L'ictère hémolytique*** (*suite*) (*British Medical Journal*, n° 3674, 6 Juin 1931). — Sur 40 malades atteints d'ictère hémolytique, 12 moururent: 8 d'anémie, 2 de cholécystite, 2 de maladies intercurrentes. Chez 13 malades, on pratiqua la splénectomie, 1 seul mourut par faute opératoire.

La splénectomie est le traitement de choix. Peu de jours après celle-ci, on assiste à la disparition de l'ictère et à la réparation de l'anémie. Chez l'enfant, cette opération se fait facilement. Chez l'adulte, elle est plus grave, en raison des adhérences et des lésions des canaux biliaires. Quand la vésicule est malade, il n'est pas indiqué de l'enlever en même temps que la rate. Quand le malade est très anémié, il faut se hâter de faire la splénectomie et ne pas essayer de remédier à cette anémie par des transfusions. D. cite deux cas où malgré une recherche soignée des groupes sanguins, il y eut après transfusion, une augmentation de l'ictère. Ce même phénomène s'observa chez un patient transfusé après splénectomie.

L'absence ou le peu d'importance de la jaunisse ne doit pas être une contre-indication de la splénectomie. On doit se baser avant tout sur l'anémie et sur la réaction indirecte de Van den Bergh.

Dans deux autopsies que D. eut l'occasion de pratiquer, il rencontra les lésions habituelles: congestion du foie, calculs pigmentaires dans la vésicule biliaire, cordons de Billroth et sinus de la rate bourrés de macrophages, tous les organes, foie, rate, reins, ganglions, pancréas infiltrés de pigment ferrique, la moelle osseuse en état de reviviscence.

Enfin D. pose l'existence d'ictère hémolytique acquis, mais pour lui ce serait un ictère hémolytique congénital et familial se réveillant à l'occasion d'une infection.

André Plichet.

R. Mc Carrison. ***Les causes de la lithiase vésicale dans l'Inde*** (*British Medical Journal*, n° 3675, 13 Juin 1931). — La lithiase urinaire est très fréquente dans l'Inde. Pendant les années 1926-1928, on soigna 34.325 malades atteints de cette affection.

Les calculs sont aussi fréquents chez les Hindous que chez les Musulmans, mais ils sont plus rares chez les Européens.

De la distribution géographique des cas de lithiase, on avait pensé conclure que la cause en était une hypervitaminose D, mais les animaux soumis à une insolation pareille à celle que subissent les Hindous n'ont pas présenté de lithiase. Au contraire, il semble bien que la nourriture joue un rôle essentiel dans l'étiologie de cette affection.

Expérimentant sur des rats blancs, C. a pu reproduire 250 cas de calculs chez ces animaux en les nourrissant avec des régimes variés. Au point de vue de leur rôle dans l'étiologie de la lithiase, il range les aliments dans l'ordre décroissant suivant: farine complète de blé, farine blanche de blé, farine d'avoine, mil, riz. Le lait, le beurre, l'huile de foie de morue ajoutés aux régimes empêchent la formation de calculs. Les huiles végétales sont sans effet préventif. Le calcium augmente la lithiase.

Les calculs produits dans ces expériences étaient composés soit de phosphate ammoniaco-magnésien, soit de carbonate de chaux, soit de chaux, soit d'un mélange de ces deux corps. La différence avec les calculs humains est qu'ils ne contiennent ni acide urique, ni urates.

La lithiase se rencontre surtout chez les Hindous de la classe pauvre qui ne peuvent ajouter à leur régime végétarien une quantité suffisante de lait et de beurre.

Ainsi, dans la formation des calculs, il existe un facteur positif, la présence en quantité excessive de chaux dans l'alimentation et celle d'un principe inconnu qui se trouve dans toutes les céréales et un facteur négatif, une déficience de la vitamine A de provenance animale et une déficience des phosphates par rapport à la quantité de chaux contenue dans le régime.

Chez le rat, la lithiase survient dans le jeune âge et de préférence chez les mâles, il en est de même chez les Hindous. Il existe chez l'animal comme chez l'homme une plus grande proportion de calculs vésicaux que de calculs rénaux.

Chez les animaux domestiques, la lithiase se rencontre également. On peut y remédier en ajoutant à leur ration des vitamines A.

En terminant, C. ajoute qu'il faut faire sans doute une part dans l'étiologie de la lithiase urinaire à l'infection.

André Plichet.

A.-D. Frazer et **J. Menton.** ***Stomatite gonococcique*** (*British Medical Journal*, n° 3675, 13 Juin 1931). — La stomatite gonococcique est rare même chez le nouveau-né chez qui la bouche peut s'infecter comme les yeux pendant l'accouchement. Chez l'adulte, les cas signalés sont exceptionnels et sont favorisés par des ulcérations préexistantes des muqueuses buccale ou linguale.

F. et M. rapportent le cas d'un jeune homme de 23 ans qui le 13 Mars a un coït suspect. Le 15 Mars, souffrant de nausées, il met les doigts dans la bouche pour se faire vomir. Le 16 Mars, il s'aperçoit d'un écoulement de l'urètre et une conjonctivite. Le 17 Mars ses gencives sont gonflées, les amygdales sont recouvertes d'une fausse membrane grisâtre. On trouve du gonocoque dans l'écoulement buccal, conjonctival et urétral. Après un traitement local au permanganate de potasse et des injections de vaccin antigonococcique, l'urétrite qui resta toujours antérieure, la conjonctivite et la stomatite guérirent, sans complications.

F. et M. discutent la porte d'entrée de la stomatite. Il ne semble pas que cette stomatite soit d'origine métastatique, car il n'y eut jamais d'urétrite postérieure, le gonocoque fut facilement isolé de la bouche et par contre le sérum du malade n'agglutinait pas une culture de gonocoque. Ils pensent que le gonocoque a été introduit directement dans la bouche par les doigts du malade contaminés au niveau de l'urètre, l'incubation de deux jours étant suffisante pour donner une pullulation de gonocoques au niveau du méat, sans produire d'écoulement toutefois. D'autre part, il faut pour assurer le diagnostic identifier soigneusement le gonocoque, car d'autres germes se trouvent dans la bouche qui sont gram négatifs.

André Plichet.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

Ch. H. Frazier. ***Les interrelations entre la glande pituitaire et le système endocrine avec remarques sur le traitement des troubles pituitaires : étude basée sur une série de 334 observations*** (*Surgery, Gynecology and obstetrics*, tome LII, n° 6, Juin 1931). — Dans les lésions de la glande pituitaire chez l'homme, on ne peut qu'être impressionné par l'extême variabilité de l'expression clinique de ces lésions, ce qui tient à l'influence réciproque de cette glande avec le système endocrine.

Les relations les plus intimes et les plus constantes sont celles qui se font avec le corps thyroïde. Chez l'homme, une déficience thyroïdienne provoque toujours une hypertrophie de l'hypophyse, mais non chez la femme. C'est le lobe antérieur qui est l'agent spécifique stimulateur du corps thyroïde. Une extirpation partielle de la thyroïde et des surrénales chez les parents est suivie d'une hypertrophie de l'hypophyse de 2 à 3 fois son volume normal chez les descendants.

Cependant il est exceptionnel de trouver des modifications de la thyroïde dans les vices de fonctionnement de l'hypophyse.

Les relations entre l'hypophyse et les parathyroïdes sont beaucoup moins nettes. Au contraire les relations entre l'hypophyse et les glandes génitales sont très nettes. Chez la femme, un des premiers symptômes des troubles hypophysaires, survenant parfois plusieurs années avant tout autre signe, est l'aménorrhée. Chez l'homme, l'impuissance, quoique fréquente, est un symptôme tardif apparaissant bien après que le diagnostic est établi.

Chez les animaux inférieurs, la castration entraîne une augmentation de l'hypophyse et des modifications histologiques; il en est de même après l'ablation des ovaires. Il y a longtemps d'ailleurs que les relations entre l'hypophyse et la grossesse sont bien établies chez la femme.

Y a-t-il interaction entre l'hypophyse et les surrénales? Expérimentalement l'ablation des surrénales et de la thyroïde provoque une notable augmentation de volume de l'hypophyse, et, après surrénalectomie bilatérale, on observe un œdème marqué de la *pars nervosa* de l'hypophyse. Les états aplastiques de l'hypophyse coexistent avec l'aphasie de la corticale de la surrénale et l'hyperplasie de l'une avec l'hyperplasie de l'autre.

La thyroïde et l'hypophyse sont regardées comme synergiques et directement opposées au

pancréas. Il y aurait action sensibilisatrice de la pituitrine sur l'adrénaline et antagonisme entre la pituitrine et l'insuline: la sécrétion pancréatique augmente sous l'influence de l'insuline et diminue après injection de pituitrine.

Parmi les manifestations rares des désordres hypophysaires, on observe la cachexie pituitaire ou maladie de Simmond, dont F. rapporte un cas, caractérisé surtout par un amaigrissement extraordinaire.

Quand les deux lobes de l'hypophyse ont été enlevés, on observe l'arrêt de la croissance dans le jeune âge, la cachexie chez l'adulte, l'atrophie du corps thyroïde, du cortex surrénal, et de l'appareil génital. Cliniquement en cas de destruction ou d'atrophie de la glande par des lésions à évolution lente, on observe le nanisme, l'adiposité, l'apathie sexuelle, la léthargie et même la somnolence.

Actuellement les seuls troubles qui indiquent la nécessité d'une intervention chirurgicale sont les troubles de la vision et la céphalée hypophysaire. L'acromégalie et le syndrome de Frochlich ne paraissent pas encore du ressort chirurgical.

Dans les cas où la selle turcique n'est pas agrandie, le traitement sera purement opothérapique ou radiographique, ce dernier dans les cas d'adénomes pituitaires primitifs.

Les indications du traitement chirurgical sont bien définies : perte progressive de la vision et quelquefois céphalée hypophysaire intolérable.

M. Guibé.

L.-A. Dragstedt, M.-L. Montgomery, J.-C. Ellis et **W. B. Matthews.** ***Pathogénie de la dilatation aiguë de l'estomac*** (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, tome LII, n° 6, Juin 1931). — Les auteurs exposent une nouvelle théorie pour expliquer les accidents provoqués par la dilatation aiguë de l'estomac.

Il est évident que la dilatation de l'estomac est d'origine réflexe, survenant surtout après une opération pénible ou après un choc sérieux sur l'abdomen ou un repas trop copieux.

Sous cette influence, l'estomac se dilate: il se produit alors une occlusion mécanique secondaire de la portion horizontale du duodénum, soit par compression directe de l'estomac contre le rachis, soit par occlusion artériomésentérique, par les vaisseaux mésentériques tirés en bas par l'estomac qui refoule l'intestin jusque dans le pelvis. Sous l'influence de cette occlusion, la pression intraviscérale du duodénum se trouve augmentée et permet l'absorption de substances toxiques qui provoquent une vive excitation des sécrétions gastrique, pancréatique et duodénale et augmentent encore l'abondance des liquides qui s'accumulent dans l'estomac dilaté.

Normalement suc gastrique et suc pancréatique qui sont sécrétés chaque jour en bien plus grande abondance qu'il est classique de le dire, sont plus ou moins complètement réabsorbés dans l'iléon et le gros intestin. Mais en cas de dilatation, l'estomac parésié n'arrive pas à vider son contenu dans le grêle. C'est l'accumulation parfois énorme de ces liquides dans l'estomac qui est la cause de l'hypochlorurémie, de l'alcalose et de la deshydratation qui accompagnent la dilatation.

M. Guibé.

ARCHIVES OF SURGERY
(Philadelphie)

W. Cole, N. A. Womack et **W. L. Ellett** (St.-Louis). ***Production d'hyperplasie thyroïdienne à la suite d'injection de substances toxiques*** (*Archives of Surgery*, tome XXII, n° 6, Juin 1931). — Par l'injection de substances toxiques les auteurs sont arrivés à produire au niveau de la glande thyroïdienne des lésions qui ressemblent à celles du goitre toxique; les lésions observées ont été une hyperplasie considérable de l'épithélium thyroïdien avec desquamation de celui-ci et diminution ou même disparition de la substance colloïde. Tout se passe dans ces cas-là, disaient-ils, comme si la sécrétion thyroïdienne était utilisée au maximum et le tissu thyroïdien en état de suractivité. Plus de 90 substances ont été essayées de variétés diverses; presque toutes les substances provoquent des modifications thyroïdiennes si on les donne au sujet à dose mortelle; mais l'intérêt réside dans l'apparition de ces modifications sous l'influence d'injections minimes de substances toxiques sans aucune lésion d'autres organes. Trois substances se sont montrées particulièrement actives, déterminant l'apparition de dysplasie thyroïdienne après injection d'une petite dose : ce sont la caféine, la théophicine et la théobromine. L'intérêt de la réunion de ces trois substances thyréotoxiques est que toutes les trois sont des dérivés méthylés des bases puriques; or ces bases puriques qui existent comme substances de désintégration des protéines de l'organisme sont des substances qui peuvent être produites dans l'intérieur de l'organisme lors de certaines conditions pathologiques; il est assez difficile d'étudier l'influence des bases puriques ellesmêmes *in vivo* chez l'animal; toutefois les auteurs ont reproduit ces mêmes lésions thyroïdiennes par des injections de xanthine et de guanine.

Toutes ces expériences ont été conduites chez le chien avec des effets assez constants; elles ont été contrôlées par des examens histologiques du corps thyroïde avant et après les injections toxiques. Somme toute il y a là un point intéressant la pathologie thyroïdienne et susceptible peut-être d'éclairer dans une certaine mesure les affections du corps thyroïde à prédominance toxique.

F. d'Allaines.

A Lincoln Brown (San Francisco). ***Atélectasie pulmonaire post-opératoire*** (*Archives of Surgery*, tome XXII, n° 6, Juin 1931). — Dans cet article, B. a cherché à préciser quelques points intéressant l'origine de cette affection rare qu'est l'atélectasie pulmonaire post-opératoire. Dans l'ensemble il paraît admis qu'elle est due à l'obstruction d'une ou de plusieurs bronches par l'accumulation à leur intérieur des viscosités bronchiques. L'absence de mouvement du diaphragme, de toux et de mouvements respiratoires importants après une opération explique l'apparition de cette affection à ce moment.

Les types anatomiques de cette complication sont variables. On a tendance à classer l'atélectasie en deux variétés: totale et partielle. Cette classification ne semble pas répondre aux lésions anatomiques; l'oblitération de la bronche en question étant complète comme on peut le voir au bronchoscope, il semble difficile de parler d'atélectasie partielle. Il vaut mieux avec B. distinguer une atélectasie massive, c'est-à-dire prenant tout un poumon, lobaire, c'est-à-dire prenant un lobe, ou encore lobulaire limitée à un segment bronchique terminal. Deux points sont intéressants dans l'article de B. :

1° Le rôle des sécrétions bronchiques. Plus les sécrétions bronchiques sont épaisses, plus elles tendent à oblitérer une grosse bronche et moins elles ont de disposition à diffuser le long des bronches secondaires; au contraire, si les liquides de sécrétion bronchique sont peu visqueux, ils ont tendance à diffuser sur les bronches secondaires et à donner une atélectasie plus dispersée. Ceci est prouvé d'une part par l'étude expérimentale des chiens chez lesquels il a pu reproduire les lésions et contrôler la dispersion du liquide plus ou moins visqueux introduit dans l'arbre bronchique et visible à la radiographie par imprégnation d'huile iodée.

D'autre part l'étude de deux cas cliniques est tout à fait démonstrative : il s'agit de deux cas d'atélectasie post-opératoire. Dans le premier l'atélectasie lobaire occupait la partie inférieure du poumon droit; la bronchoscopie a permis d'enlever un bouchon muqueux très dense qui occupait la bronche inférieure. Le second cas concernait une atélectasie à foyers disséminés et les liquides qui emplissaient les bronches étaient d'une plus faible viscosité que le précédent.

2° Le deuxième point sur lequel B. attire l'attention est l'influence de l'anesthésie sur l'apparition de cette complication pulmonaire. Il semble que la rachianesthésie prédispose d'une façon toute particulière à l'atélectasie. Les raisons qui peuvent être données sont les suivantes: diminution considérable de l'amplitude des mouvements respiratoires non seulement pendant l'anesthésie mais encore après la fin de celle-ci; augmentation de la viscosité des sécrétions bronchiques qui sont ainsi plus difficiles à expectorer; enfin le calme et l'absence de tout mouvement et de vomissements qui suivent d'habitude une rachianesthésie concourent encore au même résultat. F. d'Allaines.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
(Saint-Louis)

Pol N. Coryllos. ***Atélectasie, asphyxie et réanimation du nouveau-né*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XXI, n° 4, Avril 1931). — La respiration normale nécessite des voies respiratoires perméables: c'est alors seulement que les tensions respectives d'O^2 et de CO^2 et l'équilibre acide base du sang peuvent être assurés. Il faut, aussi, que le centre respiratoire intervienne.

Chez le fœtus, avant la première respiration, le poumon est atélectasié. Cette condition d'atélectasie peut exister chez l'adulte ainsi que l'a montré C. : quand il y a obstruction bronchique, l'air alvéolaire est résorbé. Le poumon atélectasié remplit le thorax complètement: à l'ouverture du thorax, le poumon ne s'affaisse pas comme chez l'adulte. A la première respiration, le poumon se distend et son élasticité crée la pression négative intrapleurale. Dans le poumon atélectasique, la circulation est limitée aux vaisseaux bronchiques.

Le premier mouvement respiratoire ne distend le poumon qu'incomplètement. La distension totale ne se fait qu'en plusieurs jours non pas grâce à la respiration, mais grâce au cri (expiration forcée avec glotte rétrécie). Pour ouvrir les alvéoles, il faut une certaine tension que C., chez le chien, a calculé être de 14 cm. d'eau. Il persiste des zones atélectasiées pendant des jours et des semaines. La persistance des zones d'atélectasie favorise les infections bronchopulmonaires des premiers jours. Cette atélectasie pathologique est due à l'obstruction par des mucosités, par du méconium ou par des cellules amniotiques.

Davies, Haldane et Priestley ont montré qu'un obstacle à la respiration détemine une respiration plus lente et plus profonde.

Dans le réflexe d'Hering-Breuer, la distension pulmonaire inhibe l'inspiration et provoque l'expiration inversement; le collapsus appelle l'inspiration; le ralentissement de la respiration amène une rétention de CO^2 qui, agissant sur le centre respiratoire, provoque des mouvements respiratoires vigoureux, tendant à rétablir la respiration. Mais s'il y a un obstacle la respiration ne se rétablit pas; et, après une phase de mouvements profonds, après une autre phase de respiration rapide par anoxémie il y a décompensation du centre respiratoire et mort. Dautrebande a fait des constatations analogues.

C. montre, alors l'explication de ces notions à l'établissement de la respiration et à l'asphyxie du nouveau-né : l'obstruction amène une augmentation de CO^2 et une insuffisance d'O^2 ; les bases du sang augmentent et, en d'autres termes,

la courbe de dissociation de CO^2 s'élève; d'où stimulation du centre respiratoire et hyperpnée. Mais, puisqu'il y a obstacle, il y a non-diminution de CO^2 et acidose laquelle est compensée par une augmentation de CO^2 sanguin sous forme de bicarbonates. Il se produit, alors, ce qui se produit chez les chiens maintenus dans une atmosphère riche en CO^2, puis ramenés à une atmosphère normale : ils ont une phase d'apnée qui peut les tuer par anoxémie. L'élimination de CO^2 étant plus rapide que le retour des bicarbonates à la normale, il se produit une alcalose qui inhibe le centre respiratoire.

C. discute, ensuite, le rôle du phénomène de Bohr, de l'acapnie et du réflexe d'Hering dans l'asphyxie des nouveau-nés.

Pour combattre l'asphyxie il faut, avant tout, désobstruer les bronches, puis il faut les distendre. La vieille pratique de l'insufflation bouche à bouche est la moins irrationnelle des méthodes empiriques, car elle envoie dans les poumons de l'air contenant 3 à 5 pour 100 de CO^2; mais elle est dangereuse, car elle peut mener à la rupture des alvéoles. C. conseille soit de faire inhaler de l'O avec 6 à 10 pour 100 de CO^2 (méthode d'Henderson), soit l'aspiration intratrachéale et insufflation avec l'appareil de Flagg, soit la respiration passive avec la respiration de Drinker. Ses préférences vont aux deux premières méthodes qui ont l'avantage de comporter l'inhalation de CO^2. La méthode d'Henderson sera préservée aux cas bénins, celle de Fagg aux cas plus accentués.

Henri Vignes.

P. Douglas Murphy, B. Ross, Wilson et James E. Bowman. ***Traitement respiratoire de Drinker dans l'asphyxie immédiate du nouveau-né*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XXI, n° 4, 1931). — Murphy et Coyne ont proposé récemment d'utiliser le respirateur de Drinker pour traiter l'asphyxie du nouveau-né. Ils publient aujourd'hui 35 observations (soit 4,9 pour 100 d'une série consécutive de 709 naissances), ces 35 enfants étant handicapés soit du fait de l'état de leur mère, soit du fait de manœuvres obstétricales, soit par prématurité.

On débarrasse, d'abord, l'enfant de tout ce qui peut obstruer ses voies respiratoires en aspirant son nasopharynx avec un tube de caoutchouc souple, puis on le place dans une boîte métallique du respirateur disposée de telle manière que la tête soit plus basse que le siège de 15 à 20 degrés et reste à l'extérieur de la boîte, maintenue par un collier. Le respirateur est, alors, fermé et un système de pompes électriques établit dans l'appareil une pression négative, discontinue, avec des alternatives de pression égale à pression atmosphérique, le rythme des interruptions étant analogue à celui d'une respiration normale de nouveau-né. Quand la pression est négative, l'air atmosphérique entre dans les voies respiratoires par le nez, la bouche et la trachée de l'enfant. Lorsque la pression redevient normale, l'expiration de l'air absorbé au temps précédent se produit. L'enfant peut être couché sur le dos, ce qui permet d'observer les mouvements mécaniques de la respiration provoqués par le respirateur ainsi que le battement cardiaque. La position contraire a l'avantage de compléter l'évacuation des voies aériennes.

Dans les 35 cas étudiés, on pratique 45 aspirations par minute pour un groupe; 35 aspirations par minute pour un autre groupe. C'est le premier chiffre qui semble préférable.

La pression employée est suffisante pour faire monter la colonne d'eau dans le manomètre de 8 à 10 cm.

Dans chaque cas, le traitement fut continué jusqu'à ce que l'enfant présentât un rythme respiratoire normal ou, dans les cas malheureux, jusqu'à ce qu'il y eût certitude de mort.

3 enfants seulement sur 35 ne respirèrent pas du tout. Quelques-uns eurent un ou deux mouvements respiratoires sans jamais présenter un rythme respiratoire normal. La respiration des 21 enfants qui ont survécu se développa de la façon suivante : un léger mouvement spontané apparut au cours de la séance, mouvement court, associé à un spasme de la tête et des muscles du cou, puis il fut suivi par d'autres efforts similaires dont la fréquence et la vigueur augmentaient jusqu'à atteindre une moyenne rapide et régulière. Le respirateur était arrêté dès que l'enfant présentait une respiration normale.

La précocité du traitement est un élément de succès: le traitement commencé dans les deux premières minutes donne 12 succès et 3 insuccès, alors que le traitement commencé entre cinq à dix minutes donne 5 succès et 3 insuccès.

La majorité des enfants a respiré spontanément dans les quatre premières minutes. Pourtant un enfant qui n'avait respiré qu'après vingt minutes survécut.

Les 14 morts comprennent 6 hémorragies intracraniennes et 8 prématurés.

Henri Vignes.

Paluel J. Flagg. ***Traitement de l'asphyxie post-natale*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XXI, n° 4, Avril 1931). — Ce travail illustré par deux reproductions de l'appareil de Flagg (modèle d'hôpital et modèle portatif) classe les asphyxies, qu'il s'agisse d'adultes ou de nouveau-nés, en trois catégories :

1° Les sujets déprimés, mais faciles à remonter, dont le centre respiratoire, la circulation, le tonus musculaire et les réflexes répondent rapidement aux excitations;

2° Les sujets difficiles à stimuler, pyanotiques, à circulation perturbée, à tonus musculaire réduit, à réflexes supereiels abolis;

3° Les sujets en asphyxie extrême, dont la respiration a cessé, dont la circulation est presque inexistante, dont le tonus et les réflexes sont disparus. C'est sur ceux-ci que le médecin doit concentrer son effort et il doit le faire aussi rapidement que possible. Pour cela, il faut les stimuler à l'aide d'oxygène et d'acide carbonique.

L'asphyxie des nouveau-nés est tout particulièrement favorable à l'application de cette méthode générale; car les préparatifs peuvent être faits d'avance, la vitalité du sujet est plus grande que celle de l'adulte et les voies respiratoires offrent une moindre résistance au traitement. Il faut traiter l'atélectasie actuelle et empêcher l'atélactasie ultérieure due à l'obstruction bronchique, il faut oxygéner le sang alvéolaire, il faut diminuer la pression du cœur droit, augmenter celle du gauche (qui a pour effet de fermer le foramen ovale) et il faut stimuler le centre respiratoire par CO^2. Pour cela, que la forme soit grave ou qu'elle soit bénigne, on emploiera l'appareil de F. Dans les cas bénins, on fera de l'aspiration pharyngée; avec le tube pharyngé ou un masque on inhalera $O^2 + CO^2$. S'il y a relâchement musculaire, on introduira, sous contrôle du laryngoscope, un tube dans le larynx, on aspirera les mucosités ou, encore, on enverra le mélange gazeux dans la trachée sous une pression de 15 à 20 mm. de Hg. et on continuera jusqu'à rétablissement de la respiration ou jusqu'à mort vérifiée.

Henri Vignes.

Yandell Henderson. ***Procédé inhalatoire de résurrection d'asphyxie du nouveau-né*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XXI, n° 4, Avril 1931). — L'objet de la méthode inhalatoire est plus vaste que le simple rappel à la vie des nouveau-nés en asphyxie: sa fin est que l'enfant vive encore à l'issue de la période néonatale de trois ou quatre semaines; on sauve beaucoup d'enfants de l'asphyxie immédiate; mais il y en a beaucoup plus à sauver des effets consécutifs à l'atélectasie. H. rappelle que les travaux de Cruickshank, de Watson, de Reuss ont montré le rôle étiologique de l'atélectasie dans l'éclosion de la pneumonie. L'appareil le plus simple et le meilleur est un petit réservoir cylindrique d'un mélange d'oxygène et de 7 pour 100 d'acide carbonique, un masque, un ballon de 2 ou 3 litres muni d'une valve à son extrémité, sur lequel on opère de légères pressions pour dilater légèrement les poumons de l'enfant. Il faut inhaler plusieurs fois par jour durant cinq à dix minutes, non seulement les enfants asphyxiés, mais aussi les enfants normaux.

Ce qu'il faut se rappeler, c'est qu'un travail prolongé diminue l'arrivée du sang au cerveau et diminue l'activité du centre respiratoire. Chez l'enfant normal, le CO^2 formé par les tissus du fœtus suffit à déclancher la respiration; chez l'enfant asphyxié, bien qu'il y ait un excès de CO^2, le centre respiratoire est si inhibé que ce stimulus est insuffisant.

Henri Vignes.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

E. Kylin. ***Etudes sur l'hypotension artérielle*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXV, n° 1, 28 Avril 1931). — Divers auteurs, et en particulier Lian et Blondel en France, ont voulu ériger en entité morbide spéciale sous le nom d'« hypotension essentielle » un syndrome caractérisé par une tension artérielle basse, une fatigabilité exagérée, une tendance aux vertiges et aux syncopes, de l'acrocyanose et de la difficulté à maintenir la température du corps, surtout aux extrémités. Comme symptômes objectifs, ils ont souligné l'importance de l'abaissement de la calcémie et de la diminution de la réaction à l'adrénaline qui est du type vagotonique.

Dans ce travail K. s'élève contre cette conception. Selon lui, on ne peut admettre l'« hypotension essentielle » au rang d'un syndrome clinique pour les raisons suivantes :

1° On trouve assez souvent chez des sujets parfaitement bien portants des chiffres de tension qui rentrent dans les limites de l'hypotension;

2° Chez les malades hospitalisés qui présentent une hypotension nette, il n'y en a qu'une faible partie (10 pour 100 environ d'après les observations de K.) chez lesquels on constate le syndrome de la soi-disant hypotension essentielle;

3° Inversement, le syndrome typique de l'hypotension essentielle se rencontre chez des sujets ayant une tension normale; bien plus, on trouve décrit le même syndrome comme caractéristique de l'hypertension artérielle (Kauffmann).

Quant aux symptômes objectifs auxquels Lian et Blondel attachent une grande valeur pour le diagnostic de l'« hypotension essentielle », K. n'a pas pu confirmer leur importance. On trouve, en effet, parfois une réaction de type sympathicotonique à l'adrénaline chez des sujets présentant le syndrome hypotensif typique, et l'hypocalcémie est loin d'être de règle chez ces individus.

Le syndrome d'« hypotension essentielle » ne saurait donc constituer une entité clinique, les symptômes qui sont censés le composer n'étant pas caractéristiques et ayant une existence par trop inconstante. Les états décrits sous ce nom semblent plutôt rentrer dans le groupe des diathèses vasonévrosiques qui comprend une série de maladies différant sous d'autres rapports, telles que l'asthme, l'hypertension essentielle, certaines névroses accompagnées de signes de labilité vasculaire, mais qui ont de commun des modifications des capillaires cutanés décelées par la capillaroscopie.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

W. Wolffheim. ***Amygdales et maladies allergiques*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 25, 19 Juin 1931). — Dans 3 cas observés le point de départ d'accidents du type allergique (œdème de Quincke, toux spasmodique) résidait dans une mycose amygdalienne dont le rôle fut démontré par la guérison consécutive à l'intervention chirurgicale d'exérèse.

Le rôle de ces mycoses amygdaliennes est donc à retenir; on sait que les champignons peuvent constituer des allergènes, on songera donc à faire un examen et un ensemencement si besoin des amygdales suspectes de sujets présentent des affections allergiques. En ce qui concerne le traitement, les résultats des thérapeutiques médicales chimiques sont souvent décevants, les mycoses étant profondément implantées et inaccessibles. La cure radicale opératoire sera le plus souvent utile.

En outre, les procédés habituels de désensibilisation pourront être tentés.

G. Dreyfus-Sée.

U. Friedemann et **A. Elkeles.** ***Contribution à l'étiologie des angines à monocytes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 26, 26 Juin 1931). — Dans 9 cas sur 17 angines avec réaction mononucléaire sanguine, il fut possible de déceler des fuso-spirilles sur le frottis pharyngé. La guérison rapide de ces cas par le traitement novarsénobenzolique, rapprochant encore ces faits des angines de Plaut-Vincent, plaide elle aussi en faveur d'une commune étiologie.

Les observations cliniques dans divers cas font conclure à l'existence de deux formes d'angines avec réactions mononucléaires cliniquement semblables mais étiologiquement différentes:

Les unes diffèrent des angines de Vincent et résistent aux traitements arsenicaux; les autres paraissent constituer une forme particulièrement intense et grave des angines fuso-spirillaires.

Selon F. et E., les rapports entre angines à monocytes et angine de Plaut-Vincent seraient à considérer de la même façon que les relations unissant varicelle et zona.

G. Dreyfus-Sée.

P. Kaczander. ***Le diagnostic des affections pancréatiques à l'aide de l'épreuve de diastase urinaire de Wohlgemuth*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 26, 26 Juin 1931). — La recherche des diastases pancréatiques dans les urines par la technique de Wohlgemuth avait été discutée. K. s'est efforcé d'en démontrer la valeur clinique par des recherches systématiques chez des sujets normaux ou atteints d'affections banales et au cours des lésions abdominales avec troubles pancréatiques. La présence de grandes quantités de diastase peut être une indication opératoire importante.

En particulier la valeur diagnostique de cette épreuve apparaît au cours d'affections susceptibles de s'accompagner secondairement de troubles de sécrétion pancréatique, telles que: affections vésiculaires, ulcus digestifs, gastrites, duodénites, etc. Les analyses urinaires systématiques permettent de suivre l'évolution des troubles, de reconnaître les poussées évolutives et les phases régressives.

Si la présence en quantité notable de la diastase dans l'urine témoigne certainement d'une participation du pancréas au processus pathologique, son absence ne permet par contre pas d'affirmer l'intégrité de la glande. Cependant, malgré ces causes d'erreur, l'épreuve de Wohlgmuth est susceptible de rendre des services importants pour l'établissement de diagnostics difficiles.

G. Dreyfus-Sée.

R. Gantenberg. ***Le traitement diathermique des néphrites*** (*Deutsche medizinische Wochenchrift*, tome LVII, n° 27, 3 Juillet 1931). — Chez une jeune fille de 15 ans le traitement diathermique des reins a paru donner des résultats favorables au cours d'un syndrome de néphrite aiguë grave post-scarlatineuse.

Le succès fut moins rapide et frappant que dans les cas antérieurement rapportés par Eppinger, et l'association d'autres thérapeutiques (en particulier évacuation des divers transsudats) fut indispensable au déclanchement de la diurèse. Cependant l'influence de la diathermie sur la reprise du fonctionnement normal du rein parut nette; ce mode de traitement est donc à retenir et pourrait justifier de plus larges indications.

L'excitation de la sécrétion urinaire par la diathermie a d'ailleurs été mise en évidence chez des sujets témoins à fonctionnement rénal normal.

Par contre les résultats dans les néphrites chroniques furent nuls ou mauvais : dans un cas la diathermie eut même une action inhibitrice. Peut-être y a-t-il lieu de rechercher la dose optima qui éviterait de déterminer des troubles ou des lésions. Cette étude intéressante est donc à poursuivre pour préciser les détails de technique et les indications exactes.

G. Dreyfus-Sée.

E. Bauke. ***Diagnostic des tumeurs spléniques à l'aide de la nouvelle méthode des contrastes de Radt*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 27, 3 Juillet 1931). — Pour faciliter le diagnostic souvent malaisé des tumeurs sous-phréniques, Radt a proposé l'injection intraveineuse de *dioxyde de thorium-sol* qui s'élimine au niveau du tissu réticulo-endothélial et détermine, grâce à son imperméabilité, une ombre très nettement délimitée, opaque, contrastant nettement avec l'aspect des autres organes.

Dans un cas difficile, B. a appliqué ce procédé. Le malade, âgé de 62 ans, présentait une ombre radiologique sous la coupole diaphragmatique gauche, de la grosseur d'une noix. Aucune modification clinique de la rate n'était décelable. Les examens biologiques étaient tous négatifs (Bordet-Wassermann, examen du sang, éosinophilie, recherche de la réaction de Casoni). On pouvait discuter des diagnostics multiples: soit ombre extra-splénique calcifiée: abcès sous-phrénique, processus scléreux d'origine pleurale; soit ombre tumorale dans la rate.

L'application de la méthode de Radt fut fort bien supportée malgré une élévation thermique transitoire due vraisemblablement à l'injection trop rapide des 20 premiers centimètres cubes; les 3 autres injections de la même dose à intervalles de 8 minutes ne déterminèrent aucun trouble.

L'ombre splénique se dessina totalement, permettant de reconnaître le contour exact de l'organe et de situer la tumeur dans son intérieur. Cette méthode d'hépato-splénographie sans danger paraît donc nettement supérieure au pneumopéritoine et mérite d'être utilisée plus largement.

G. Dreyfus-Sée.

F. Segerath et **T. Wember.** ***Modification du traitement des états dépressifs par sommeil artificiel prolongé*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 28, 10 Juillet 1931). — La narcose prolongée a été utilisée de façon variable depuis quelques années dans le traitement des psychoses. Le dial, les paraldéhydes associés à la scopolamine, la méthode combinée de luminal, somnifène et bromure, le pernocton, l'avertine, ont été successivement proposés.

L'indication essentielle demeure actuellement constituée par les états schizophréniques.

Se basant sur les théories actuelles sur les modes d'action des divers narcotiques sur les centres nerveux, les auteurs ont employé l'association de 2 ordres de médicaments.

1° Somnacétine, phanodorme, adaline.

2° Luminal, véronal et somnifène (en très petite quantité).

Les doses et l'administration varient d'après la gravité des cas, l'état général du malade et sa façon de réagir durant le traitement.

En général, la cure débutait par une injection de pantopon-scopolamine et se poursuivait après 2 heures par l'administration toutes les 2 ou 3 heures successivement de 0,4 phanodorme, 0,3 luminal, 0,2 phanodorme, XV gouttes de somnifène ou 0,2 luminal, 0,4 somnacétine, 0,3 à 0,5 véronal donnés régulièrement de 2 heures à 20 heures durant 12 jours.

Etant donné la gravité pronostique habituelle des états schizophréniques, ce traitement peut être essayé quoique ses résultats soient assez inconstants. Par contre dans les états dépressifs cycliques, dans la mélancolie simple, au cours des dépressions de la ménopause, des succès ont été obtenus dans 3/4 des cas. Il importe de ne pas tenter la cure chez les malades présentant des lésions cardiaques, pulmonaires ou rénales.

Malgré l'élimination des médications dangereuses telles que le somnifène à haute dose, et l'emploi de substances aussi peu toxiques que possible, ce traitement n'est pas dépourvu de risques dont il faut avertir l'entourage du malade. Il ne devra être tenté que dans les cas graves et lorsque la surveillance médicale peut être stricte et continue.

G. Dreyfus-Sée.

H. Freund. ***L'action spéciale des médicaments chez les hyperthyroïdiens*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 29, 17 Juillet 1931). — La posologie médicamenteuse doit être individuelle et tout dogmatisme excessif risque de provoquer des accidents.

Parmi les facteurs agissant sur la tolérance aux divers produits médicamenteux le rôle de la glande thyroïde est important, et F. s'est efforcé de préciser son action afin d'en tirer des déductions pratiques en ce qui concerne la thérapeutique des hyperthyroïdiens.

La fonction thyroïdienne agit sur le métabolisme de la respiration. Toute médication tendant à restreindre ces fonctions respiratoires, à diminuer l'apport d'oxygène et l'excrétion du CO^2 sera donc plus mal tolérée par les basedowiens que par les sujets normaux: il en est ainsi de diverses substances narcotiques, anesthésiques ou sédatives. En ce qui concerne l'anesthésie des indications spéciales résulteront de la nécessité de diminuer l'excitabilité nerveuse du sujet et d'employer le minimum de substance anesthésique.

Un deuxième danger sérieux consiste dans le mode spécial réactionnel cardiaque des basedowiens. L'expérimentation chez l'animal à l'aide d'injections de thyroxine démontre la diminution de tolérance aux médicaments consécutive à l'intoxication par les poisons d'origine thyroïdienne: des substances inoffensives chez les témoins déterminent de l'insuffisance cardiaque chez les animaux


LE COMPLÉMENT TRÈS EFFICACE DE LA CURE THERMALE
urazine
CITRO-SALICYLATE DE PIPÉRAZINE
EN TUBES DE 20 COMPRIMÉS A 0gr30
DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE
ANALGÉSIQUE
ANTISEPTIQUE
GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISME
EN FLACONS DE GRANULÉS EFFERVESCENTS
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE_PARIS_3E

traités. Il est utile de rechercher des substances antagonistes physiologiques de la thyroxine et susceptibles, par conséquent, d'en détruire l'action nocive et de permettre l'administration des médicaments utiles aux hyperthyroïdiens; les recherches chimiques chez les basedowiens ont montré l'accélération des processus de désintégration anaérobies, entraînant l'accroissement de la formation d'acide lactique.

La thyroxine excite indirectement la formation d'acide lactique, mais il est possible d'inhiber son action par certains produits dont l'efficacité thérapeutique pourrait être considérable: l'avertine et le « néodorme » sont ainsi susceptibles d'être employés chez les basedowiens.

L'utilisation et la posologie des diverses médications usuelles: quinine, arsenic, iode, insuline, etc., etc., sont à reprendre sur ces bases.

G. Dreyfus-Sée.

I. Boas. ***La présence occulte d'hémoglobine dans les selles, sa mise en évidence et sa signification clinique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 30, 24 Juillet 1931). — La méthode de recherche nouvelle décrite par B. pour mettre en évidence l'hémoglobine dans les selles donne des résultats précis.

3 à 5 gr. de fèces sont agitées avec de l'acétone pure pour être débarrassées de toutes traces de produits colorants, chlorophylle, graisse, etc.

Après élimination de l'acétone, le produit restant est desséché puis traité par l'alcool à 25 pour 100 qui dissout seulement l'hémoglobine et non l'hématine. Dans le filtrat clair on mettra cette hémoglobine en évidence en la transformant en hématine et en décelant celle-ci par la réaction à la peroxydase (teinture de gaïac ou benzidine).

Cette méthode peut être simplifiée, mais devient alors moins précise, et on risque de laisser passer des cas frustes. Une méthode spectroscopique a été également essayée. En pratique la présence occulte d'hémoglobine dans les fèces est fréquente lors d'hémorragies importantes. Elle est particulièrement constante au cours de l'évolution des carcinomes du tube digestif. Par contre, la réaction demeure négative ou n'apparaît que de façon transitoire au cours des processus ulcéreux bénins.

La recherche de l'hémoglobine est donc susceptible de fournir des indications diagnostiques et pronostiques utiles.

En outre, en faisant ingérer de l'hémoglobine à des sujets, il est possible d'obtenir des indications sur les troubles de la sécrétion gastrique et sur le transit intestinal par l'examen systématique des selles. Il y aurait là un véritable test hémoglobinique dont l'étude peut être intéressante.

G. Dreyfus-Sée.

F. Gœbel. ***Argument pour et contre le traitement de la chorée par le nirvanol*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 31, 31 Juillet 1931). — L'emploi du nirvanol comme hypnotique et sédatif nerveux a été abandonné à cause de la fréquence des incidents secondaires du type des accidents sériques observés après l'administration du médicament.

Par contre, les succès nombreux obtenus par le traitement de la chorée par le nirvanol avaient fait négliger le risque de « maladie nirvanolique », lorsqu'il s'agissait d'enfants choréiques. Nombre d'auteurs ont publié les heureux résultats obtenus: guérison rapide, absence de complication endocarditique, rareté des échecs thérapeutiques.

Mais à côté de ces avantages certains, le nirvanol offre des inconvénients sérieux.

La fréquence de la réaction exanthématique et fébrile est telle qu'on a pu émettre l'hypothèse qu'elle constituait un élément indispensable au succès thérapeutique. En réalité, il est possible d'obtenir la guérison d'enfants n'ayant présenté que des troubles légers ou parfois même sans manifestation d'aucune sorte. Mais le traitement n'évite nullement les rechutes, et, le plus souvent, le nirvanol est inefficace lors des récidives.

Plus graves sont les lésions déterminées par le nirvanol. On a signalé des altérations sanguines, des lésions de la moelle osseuse pouvant évoluer vers une maladie de Werlhof grave, des néphrites fréquentes, peut-être en rapport avec les exanthèmes secondaires.

Cette 2e maladie du nirvanol, exanthème récidivant, s'observe assez rarement, mais sa gravité peut être grande: éruption exanthématique, avec ragades, bulles, lésions muqueuses étendues, participation des viscères: reins, foie et rate; elle guérit souvent, laissant une pigmentation cutanée plus ou moins persistante.

Cependant dans 2 cas antérieurement publiés, et chez un 3e enfant observé par G., la mort est survenue au cours d'un tableau rappelant les érythèmes toxiques graves.

Ces faits, quelque rares qu'ils soient, sont de nature à contre-indiquer cette thérapeutique malgré son efficacité. Il est en effet impossible de prévoir et par conséquent d'éviter les accidents, et seuls les cas rebelles, graves, résistants aux moyens habituels, peuvent justifier l'emploi du nirvanol après que le malade ou son entourage ont été prévenus des risques à courir.

G. Dreyfus-Sée.

H. Kuntzen. ***Augmentation de la tendance thrombosante par l'intoxication chronique par les gaz d'échappement des automobiles*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 31, 31 Juillet 1931). — S'inspirant d'une hypothèse émise par Payr sur le rôle des gaz d'échappement des automobiles dans l'augmentation de nombre des thromboses (celles-ci seraient plus fréquentes, dans les villes que dans les campagnes), K. a recherché expérimentalement l'influence d'une atmosphère chargée de gaz émanant de la combustion d'un mélange de benzine et benzol. En faisant respirer aux animaux (rats et lapins) quotidiennement de petites quantités de gaz, on obtient après un temps prolongé des modifications sanguines inverses de celles dues à l'intoxication benzolique aiguë, et on note une tendance à la thrombose.

Il est donc très possible que l'accroissement des phénomènes thrombosants et emboliques observé depuis quelques années relève d'une intoxication chronique des citadins par les gaz d'échappements automobiles. Il serait intéressant de dissocier les gaz en cause, et pour cela l'auteur cherche actuellement à mettre au point une méthode plus précise, permettant de déceler la tendance thrombosante, tout en tenant compte des facteurs vasculaires individuels.

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

K. Amersbach, A. Lœwenstein et E. Lœwenstein. ***Apparition latente de bacilles tuberculeux dans le tissu amygdalien au cours du rhumatisme articulaire récidivant et lors de névrite rétro-bulbaire*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 26, 26 Juin 1931). — Poursuivant leurs recherches sur les relations entre bacille tuberculeux et rhumatisme, A., A. L. et E. L. se sont efforcés de mettre le bacille en évidence non seulement dans le sang mais encore au niveau des amygdales examinées après tonsillectomie.

Le sang et le tissu amygdalien des malades atteints de polyarthrites rhumatismales étaient ensemencés simultanément. Dans 14 cas ainsi étudiés la culture amygdalienne fut 5 fois positive alors que l'hémoculture restait négative. Ainsi des bacilles tuberculeux peuvent végéter dans les amygdales sans se manifester cliniquement par aucun symptôme, ni même déterminer des modifications histologiques locales alors que leur pouvoir pathogène est prouvé par l'inoculation au cobaye.

Lors de névrites rétrobulbaires, dont l'étiologie tuberculeuse est soupçonnée depuis quelque temps, les résultats des examens et cultures amygdaliens viennent apporter une preuve en faveur du rôle du bacille de Koch qui fut trouvé 1 fois sur 4 cas tonsillectomisés, et 2 fois sur 6 dans le sang. Les bacilles appartenaient au groupe de la tuberculose aviaire alors que ceux des rhumatisants paraissaient plutôt se rattacher aux bacilles bovins.

G. Dreyfus-Sée.

Lowenstein. ***Bacillémie tuberculeuse au cours des infections du système nerveux central*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 26, 26 Juin 1931). — Le bacille tuberculeux ne détermine pas seulement des nodules spécifiques, mais peut aussi causer une inflammation non-spécifique sans tubercules histologiques.

La recherche systématique chez 3.000 sujets sains n'a jamais permis de retrouver le bacille tuberculeux dans le sang; il en est de même au cours de processus fébriles non tuberculeux. La bacillémie tuberculeuse se rencontre surtout lors des poussées évolutives de l'infection bacillaire.

Dans ces conditions il est intéressant de noter que le bacille tuberculeux a pu être trouvé dans le sang de sujets atteints de chorée, de névrite rétrobulbaire, de sclérose en plaques, de schizophrénie, alors qu'aucune tuberculose viscérale ne pouvait être décelée.

Des recherches ultérieures permettront sans doute d'apprécier la valeur exacte de ces faits.

G. Dreyfus-Sée.

F. Plaut. ***Influence sur le Wassermann et sur d'autres réactions biologiques de la présence de tanin due au bouchon des tubes à essai*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 27, 3 Juillet 1931). — Des tubes à essai, bouchés par des bouchons de liège, peuvent introduire dans le sang où les liquides transportés des traces de tanin qui modifient les résultats de la réaction de Wassermann. D'autres réactions de floculation peuvent être troublées de la même façon, et, en outre, le dosage précis de l'albumine peut être gêné de ce fait. Enfin, les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien seraient affaiblies. Il importe par conséquent de n'employer pour l'occlusion des tubes que des bouchons de caoutchouc.

G. Dreyfus-Sée.

Keining et Hopf. ***Le renforcement de l'influence du régime sur les troubles végétatifs*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 28, 10 Juillet 1931). — Il était intéressant d'établir le rôle de la thérapeutique par les électrolytes (potassium, calcium et magnésium) dans les processus généraux de reminéralisation afin d'apprécier l'action du régime privé de chlorure de sodium, ce sel étant suppléé par d'autres sels minéraux.

La thérapeutique calcique est univoque et doit être complétée par une médication comportant les 3 antagonistes du sodium en quantité isotonique (potassium, calcium, magnésium). Pour avoir une influence sur l'équilibre il faut s'efforcer de déterminer un excès de cation diminuant l'excitabilité d'autant plus abondant qu'on élimine du régime le sodium excitant.

Ce mélange de cations antagonistes permet d'établir un régime équilibré malgré l'absence de sels, contribue à la reminéralisation rapide et permet de refréner les troubles végétatifs surtout lorsque ceux-ci donnent lieu à des accès aigus. D'ailleurs dans la cure de Gerson l'administration abon-

dante de fruits et légumes concourt au même but étant donné la richesse de ces aliments en sels de potasse, de calcium et de magnésium.

Ce mélange de sels ionisés a fourni des résultats également très favorables dans le traitement des dermatoses végétatives prurigineuses.

G. Dreyfus-Sée.

E. Schenk. ***Traitement des encéphalitiques par l'atropine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 28, 10 Juillet 1931). — S. a employé ce médicament recommandé par plusieurs auteurs pour le traitement de l'encéphalite. Il note que la dose d'atropine est très variable individuellement et doit être établie pour chaque sujet. Il a employé la solution à 1/2 pour 100 en commençant par III gouttes et en augmentant quotidiennement de II gouttes; ultérieurement l'emploi de tablettes spécialisées lui a paru plus pratique surtout pour les cures ambulatoires. Le traitement longtemps prolongé, en parant aux incidents généralement bénins par les médications appropriées, a fourni de fort bons résultats chez 10 malades traités. Les cures furent très progressives, en arrivant parfois à des doses assez élevées.

G. Dreyfus-Sée.

Uhlenbruck. ***Les paralysies nerveuses consécutives aux injections*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 30, 24 Juillet 1931). — A la suite d'injections pratiquées correctement au niveau du bras sont apparus chez 2 malades des paralysies définitives du nerf radial. Les liquides injectés étaient la première fois du somnifène (1 cmc), la deuxième fois du solarson. Les deux injections avaient été anormalement douloureuses, et les phénomènes paralytiques sont apparus très rapidement.

Le rôle de la toxicité des médicaments peut être discuté, mais en tout cas ces faits doivent rendre prudent dans le choix du bras comme lieu d'élection pour des injections.

Plusieurs questions médico-légales se posent à propos de ces observations.

G. Dreyfus-Sée.

W. Haberfeld. ***Polyglobulie vraie et splénectomie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift* tome LXXVIII, n° 30, 24 Juillet 1931). — De nombreuses données demeurent inconnues dans la pathogénie de la polyglobulie vraie ; cependant il s'agit vraisemblablement d'un trouble de la régulation de l'hémopoïèse des globules rouges. La rate joue dans ce processus un rôle sans doute plus important qu'on ne l'admet généralement.

Pour l'apprécier à sa valeur il faut tenir compte des résultats expérimentaux et thérapeutiques fournis par l'administration d'extraits spléniques. Ceux-ci déterminent à petites doses chez le lapin une hémopoïèse, alors que de grosses doses (plus de 300 gr. de rate fraîche) ont un effet inverse.

Dans les polyglobulies vraies on a obtenu des sédations à la suite d'ingestion de rate, mais l'amélioration ne persiste pas au delà du traitement qui doit être continué indéfiniment. L'excitation de la rate par radiothérapie, la radiothérapie médullaire, même la radiothérapie à distance (cutanée superficielle) ont fourni aussi quelques succès.

Dans l'observation publiée par H., la guérison clinique absolue fut obtenue par splénectomie.

Ces divers résultats démontrent le rôle complexe de la rate qui n'agit pas seulement comme on l'a cru par une déficience de ses propriétés destructives des hématies. Une fonction hormonale exercée par les cellules des sinus est vraisemblablement en cause et de multiples hypothèses peuvent être émises à son sujet. Il serait intéressant de préciser ces données physio-pathologiques.

G. Dreyfus-Sée.

K. Schlapper. ***La forme et les variations morphologiques du cœur dans la tuberculose pulmonaire avec étude particulière des télé-radiographies*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 31, 31 Juillet 1931). — Les relations unissant les affections cardiaques et pulmonaires ont été étudiées depuis longtemps, et on a insisté sur les manifestations cardiaques des pneumopathies. S. a examiné un assez grand nombre de malades à l'aide de téléradiographies pour établir les relations volumétriques du cœur et du thorax. Il a constaté chez les tuberculeux un cœur notablement plus petit par rapport au diamètre thoracique que chez les sujets normaux : dans un certain nombre de cas l'image classique du cœur en goutte était décelable. Cet aspect avait été expliqué par Wenckebach par une modification diaphragmatique faisant perdre au cœur son soutien, de telle sorte qu'il pend suspendu aux gros vaisseaux. En réalité, si l'on examine le malade en position horizontale, ce qui supprime le facteur invoqué dans l'explication précédente, on constate que le cœur reste encore diminué de volume. Ces faits plaident en faveur de l'explication admise par Kraus et Dietlen d'une hypoplasie primitive du cœur déterminant sa forme en goutte. D'autres modifications fonctionnelles cardiaques peuvent s'observer chez les tuberculeux et nécessiter une thérapeutique dirigée contre la défaillance cardiaque.

G. Dreyfus-Sée.

W. Richter et **H. Sievers.** ***Porteurs de germes et contagion tardive au cours de la scarlatine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 31, 31 Juillet 1931). — Pendant une année des recherches systématiques bactériologiques ont été pratiquées chez tous les scarlatineux hospitalisés, et les enfants étaient rendus à leur famille après disparition des signes cliniques et surtout résultats négatifs des ensemencements, après un délai de 4 à 16 semaines, sans tenir compte de la desquamation. L'enquête faite dans les familles a montré d'assez fréquentes contagions tardives. 9/10 de ces malades encore contagieux avaient un ensemencement négatif au point de vue streptococcique lors de leur sortie d'hôpital. Cependant 9/10 de ces enfants contagieux présentaient des complications, soit complications existant dès leur sortie, soit apparues tardivement, coryza, otite, néphrite, lymphadénite. Les malades guéris, non compliqués, n'entrent pratiquement pas en ligne de compte dans la dissémination de l'infection, et lorsqu'une contagion est observée, un examen complet décèlera toujours la complication passée inaperçue. Le plus souvent l'infection se produisait du 2 au 11e jour après le retour à domicile et était de moins en moins fréquente jusqu'au 33e jour. La date de sortie n'influe pas de façon évidente, car certains de ces sujets contagieux, et surtout ceux atteints d'otite, se sont montrés contagieux jusqu'à la 17e semaine de l'infection. Ces faits entraînent des conséquences prophylactiques importantes.

G. Dreyfus-Sée.

C. Behr. ***Les relations entre la névrite optique rétro-bulbaire isolée et les inflammations des cavités péri-nasales*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 33, 14 Août 1931). — Les affections des nerfs optiques peuvent être sous la dépendance directe des affections des sinus; ces relations peuvent s'établir :

1° Par l'intermédaire d'une complication générale orbitaire atteignant secondairement le nerf optique; 2° Isolément ou avec des phénomènes très accessoires au niveau de l'orbite.

Dans le premier cas le phénomène essentiel est l'exophtalmie qui se manifeste de deux façons :

Soit exopthalmie simple avec compression mécanique, diminution de la mobilité oculaire: la lésion nerveuse est relativement rare et lorsqu'elle se produit il s'agit de compression avec stase papillaire légère et diminution concentrique du champ visuel limitée.

Soit exophtalmie inflammatoire par l'intermédiaire de thrombo-phlébite, périostite, lymphangite, ou abcès du tissu cellulaire péri-orbitaire; des lésions toxiques, névritiques, peuvent se produire, lésions infectieuses, plus graves, parfois compliquées encore par la compression de l'artère ophtalmique déterminant une dégénérescence ischémique aiguë.

L'inflammation isolée du nerf optique qui constitue le deuxième groupe de faits survient lorsque le processus cavitaire postérieur atteint le canal osseux et détermine par continuité une méningite localisée et secondairement une névrite interstitielle. Ces cas graves sont plus rares que les précédents.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Nanna Svartz et **Birger Enocksson.** ***Le phénomène dit de Staub-Traugott est-il régulièrement constatable chez les non diabétiques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 19, 9 Mai 1931). — Le fait constaté par Staub et par Traugott, d'après lequel une seconde administration d'hydrates de carbone n'augmente la glycémie que chez les diabétiques n'est pas toujours confirmé. Tantôt le phénomène est clairement observé, tantôt, par contre, il manque nettement.

Pour rechercher les causes de cette difficulté, S. et E. ont repris la question en administrant, à un certain nombre de sujets, 1 gr. de glucose par kilogramme. Ils ont ainsi déterminé, avec précision, la courbe de la glycémie pour chacun de ces sujets.

Ensuite, ils ont donné, aux mêmes sujets, un nouveau repas d'épreuve qui fut suivi, 1 à 3 heures plus tard, d'un nouveau repas. Ils ont ainsi constaté que la seconde administration d'hydrates de carbone doit, pour donner lieu à un phénomène de Staub-Traugortt net, être faite au moment du maximum de la glycémie ou, au plus, pendant que la glycémie diminue.

Si cette seconde administration a lieu alors que la courbe est revenue à la normale, on observe une nouvelle augmentation du taux du sucre dans le sang tout à fait superposable à la première.

P.-E. Morhardt.

Leo Hess et **Josef Faltitschek.** ***Les troubles de la fonction gastrique dans l'herpès zoster thoracique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 19, 9 Mai 1931). — Etant donné que Head a mis en évidence des relations entre la fonction viscérale et l'hyperestésie cutanée de certaines régions du corps, il a semblé à H. et F. que l'inverse devait se vérifier, que des dermatoses segmentaires comme l'herpès zoster devaient, en conséquence, être associées à des troubles viscéraux.

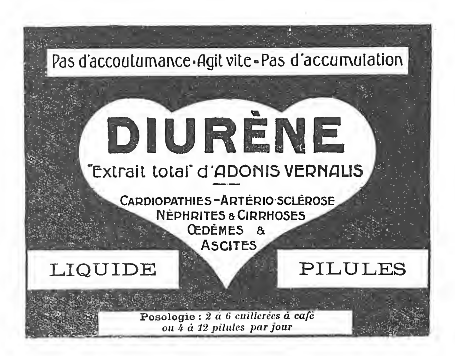
En fait, lorsque le zona est localisé aux segments dorsaux moyens et inférieurs (D6-D10) il apparaît une augmentation de l'acidité du suc gastrique et, en même temps, on constate, aux rayons Röntgen, une augmentation de la motricité et une accélération de l'évacuation. Cependant, les phénomènes subjectifs manquent complètement bien que parfois des prodromes gastriques aient été observés. Après la guérison de l'exanthème, le fonctionnement gastrique redevient normal. Ces constatations ont été faites d'abord chez 9 sujets à acidité normale.

Chez 3 sujets habituellement hypoacides, on a également constaté une augmentation de l'acidité au moment de l'éruption. Par contre, sur 8 cas de zona localisé entre C^2 et D^5 ou entre D^{12} et L^3 ou encore localisé au septième nerf cranien, il n'a



CRISTOLAX WANDER

LABORATOIRES CARTERET



CONTIENT **TOUS** LES PRINCIPES ACTIFS DE L'**ADONIS VERNALIS**

Echantillons et Littérature : **15, rue d'Argenteuil, PARIS**

été observé aucune modification notable du chimisme ou de la motricité gastrique.

P.-E. Morhardt.

H. Zondek et Wislicki. ***Le problème du muscle dans la maladie de Basedow; contribution à la genèse de la maladie et à la question de l'action périphérique de l'iode*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 21, 23 Mai 1931). — Z. et W. ont déjà montré que les muscles présentent des anomalies en cas de Basedow: fatigabilité, atonie, travail peu économique entraînant une consommation d'oxygène deux fois plus élevée que chez l'individu sain pour un même travail.

Pour pénétrer plus profondément dans le mécanisme de ces déviations pathologiques, S. et W. ont d'abord songé à soumettre des fibres musculaires à l'action de la thyroxine. Mais des expériences de ce genre se sont montrées impossibles à cause de l'insolubilité de la thyroxine en présence d'acide carbonique. Avec l'iode, par contre, les résultats ont été nets. Il a été constaté que cette substance ajoutée à des doses qui correspondent à ce qui peut s'observer dans l'organisme (10 à 20 gammas) provoque une modification du muscle qui ne peut être considérée comme une basedowification. Par contre, avec des doses plus élevées (10 à 20 milligr. pour 100) la formation d'acide lactique et la respiration s'élèvent.

Les modifications de la concentration des ions d'oxygène a une influence qui s'observe quand on fait varier la tension de CO^2. Au fur et à mesure que l'alcalinité de la solution de Ringer dans laquelle les fibres musculaires sont plongées augmente, on constate que l'augmentation des échanges respiratoires s'accompagne d'une formation d'acide lactique tout à fait comme dans la maladie de Basedow. Inversement, une acidification diminue les échanges.

Si on ajoute à une solution de Ringer dont le p_H a été augmenté des quantités d'iode variant de 200 à 500 gammas pour 100, on constate que les phénomènes respiratoires reviennent à la normale. Inversement, dans un liquide de Ringer acidifié, l'iode augmente les échanges gazeux et rétablit également la normale. Ce médicament se révèle ainsi comme un régulateur de métabolisme : à des doses qui s'écartent assez peu les unes des autres, il est capable de ramener à leur point de départ les fonctions respiratoires.

D'autre part, l'expérimentation a montré à Z. et à W. que la maladie de Basedow ne peut être provoquée, ni chez l'homme, ni chez l'animal par l'administration de grandes quantités de thyroxine et que cette maladie ne saurait être considérée comme un symptôme d'hyperthyroïdisme. Il faut, en outre, admettre que l'iode n'a d'action sur les échanges que quand les tissus présentent une anomalie physico-chimique exigeant, par exemple, un travail supplémentaire de la thyroïde. Tandis que chez l'individu sain l'augmentation du métabolisme qui survient à la suite d'un travail fait rapidement place à un retour à l'état normal, dans la maladie de Basedow, par contre, il existe un facteur qui tend à rendre cette augmentation irréversible. En d'autres termes l'activité de la thyroïde ne rencontrerait alors plus de freins. Il se réaliserait ainsi un cercle vicieux ayant pour fondement une anomalie constitutionnelle des tissus et exigeant de la thyroïde un travail excessif.

La guérison de cette maladie n'est donc pas simplement le retour à un métabolisme de base normal, mais encore à la possibilité de le régler normalement.

P.-E. Morhardt.

Ernst Komm. ***Les effets d'hydrolysats de viande sur la sécrétion gastrique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 21, 23 Mai 1931). — L'action des sucs de viande sur la sécrétion gastrique a été étudiée. Mais celle des hydrolysats de viande ne l'a pas été. Pour combler cette lacune K. a procédé à des recherches avec un hydrolysat acide (tago) qui contient environ 39 pour 100 de résidu sec, 6,4 pour 100 de cendres, 4,5 pour 100 de N total, etc.

Une dilution à 5 pour 100 de cet hydrolysat a déterminé une augmentation assez importante de l'acidité du suc gastrique. Associé à d'autres aliments comme, par exemple, de la mondamine, de la purée de pommes de terre ou du pain, cette préparation, diluée à 5 ou 10 pour 100, a les mêmes effets.

Ainsi l'action des extraits de viande sur la sécrétion gastrique n'est pas due aux albumines naturelles que contiennent ces préparations, mais à des produits de désintégration de la viande.

P.-E. Morhardt.

L. Halpern. ***Considérations relatives à une thérapeutique différentielle du syndrome de Parkinson*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 21, 23 Mai 1931). — Pour H. le syndrome de Parkinson est dû à un double mécanisme comme s'il s'agissait d'une association morbide. D'une part, un des éléments pathognomoniques est constitué par le trouble de l'inervation volontaire. Mais, d'autre part, il existe des phénomènes réflexes. L'électrocardiogramme permet d'ailleurs de mettre en évidence deux espèces de tremblement. Les troubles qui dépendent du système pyramidal sont caractérisés par l'immobilité de l'expression du visage et l'absence d'intellectualité de la personnalité. Les troubles du système extrapyramidal déterminent de la raideur et de l'hypertonus mis en évidence d'une façon caractéristique par la résistance à l'extension.

L'indépendance des deux systèmes moteurs explique que, dans certains cas, chez les parkinsoniens, il faut un effort de volonté plus grand que normalement tandis que leurs muscles sont dans un état d'excitation continue mis en évidence par les chocs d'innervation.

Or, tandis que la scopolamine diminue la motricité extrapyramidale, par contre, l'harmine excite le cortex et permet à cette région d'envoyer des impulsions plus énergiques et plus efficaces.

D'autre part, l'association de ces deux groupes de symptômes est très variable. A côté de types d'excitation avec tremblement et raideur, il existe un type d'insuffisance avec acinèse et amimie. Il importe, par conséquent, d'individualiser dans le traitement. Au type d'insuffisance, on doit administrer de l'harmine et au type d'excitation on doit donner de la scopolamine. Mais ces types ne sont pas toujours purs et alors on devra associer le médicament de manière à obtenir les effets les meilleurs. Ces considérations expliquent qu'on soit actuellement si peu d'accord sur les effets de l'harmine qui est si vantée par les uns et si combattue par les autres.

De plus, l'harmine ne convient qu'à un nombre assez restreint de parkinsoniens, car, le plus grand nombre de ces malades, rentre dans la catégorie des excités et bénéficie surtout de la scopolamine.

P.-E. Morhardt.

Bernhard Zondek et W. Berlinger. ***L'influence de l'hormone sexuelle féminine et de l'hormone du lobe antérieur de l'hypophyse sur la structure de l'hypophyse de rat et de souris*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 23, 6 Juin 1931). — Selon Z. et B., l'hormone préhypophysaire constitue le facteur primitif sans lequel il ne se produit pas d'hormone sexuelle. Mais, par ailleurs, l'hormone folliculaire réagit sur le lobe antérieur. On explique ainsi que la castration détermine des phénomènes particuliers au niveau de la préhypophyse : sur 17 cas étudiés par Z. et B. le nombre des éosinophiles a été très nettement augmenté 8 fois. Ce phénomène a été observé une fois 5 semaines et une autre fois, 48 ans après la castration. Dans 2 cas d'atrophie testiculaire importante, le même phénomène a été observé. En outre, il survient des modifications relatives aux cellules basophiles qui, après la castration, disparaissent plus rapidement qu'elles ne se forment, aux dépens des cellules principales.

Chez les animaux, des phénomènes semblables sont observés. En même temps, chez les rats on constate une augmentation de cellules acidophiles et des phénomènes de dégénérescence colloïde des cellules basophiles.

En administrant de l'hormone sexuelle à des animaux castrés, Z. et B. ont quelque peu modifié l'histologie de l'hypophyse; la formule de la castration subsiste toujours plus ou moins nettement. En administrant de l'hormone du lobe antérieur à des animaux adultes castrés, Z. et B. n'ont, par contre, déterminé aucune modification appréciable.

Chez les animaux impubères, l'administration de prolan A a déterminé une maturation nette des follicules, mais assez peu marquée du lobe antérieur de l'hypophyse. En administrant simultanément du prolan A et B. on détermine, par contre, une maturation marquée du lobe antérieur.

P.-E. Morhardt.

E. Witebsky, R. Klingestein et H. Kuhn. ***Recherches de sérodiagnostic dans la tuberculose*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 23, 6 Juin 1931). — Les recherches récentes ont montré que, dans la tuberculose, l'action des anticorps joue un rôle important. Mais les réactions de labilité qui existent par exemple chez les syphilitiques doivent être évitées quand on veut faire un sérodiagnostic de la tuberculose. L'antigène tuberculeux doit donc être préparé avec un soin spécial. Malgré les résultats déjà obtenus en ce sens par Besredka, Wassermann, Boquet et Nègre ainsi que par Klopstock et Neuberg, W., K. et K. se sont demandé si, en faisant varier les méthodes d'extraction, on ne pourrait élargir le domaine du sérodiagnostic.

Pour cela, ils ont utilisé des bacilles de la tuberculose desséchés, tout d'abord, puis extraits avec de l'alcool qui est ensuite additionné de lécithine. Ils ont constaté ainsi que la lécithine augmente la réactivité de l'extrait qui reste néanmoins insuffisamment sensible et insuffisamment spécifique. Des recherches ultérieures ont montré que les substances extraites par l'alcool chaud et précipitant à froid donnent des résultats plus satisfaisants. Le précipité ainsi obtenu est extrait à son tour avec de la pyridine puis purifié par l'acétone et dissous dans le benzol. Cette préparation doit être utilisée en séries de concentration décroissantes.

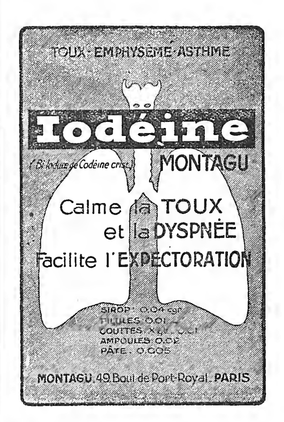
Les recherches ainsi faites ont montré que beaucoup de sérums tuberculeux ne donnent une réaction de fixation du complément qu'en présence d'une grande quantité d'antigène tuberculeux, tandis que pour d'autres sérums c'est l'inverse qu'on observe.

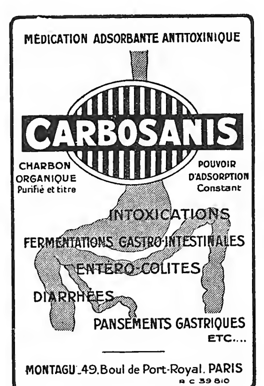
Néanmoins, W., K. et K. n'expriment leur opinion qu'avec prudence quant à la spécificité du procédé. En tous cas, les sérums à labilité élevée (tumeurs, gravidité, vitesse de sédimentation accélérée, etc.), ne réagissent régulièrement pas. La sensibilité est relativement élevée. Les cas précoces donnent fréquemment une réaction marquée. Mais dans certains lupus secs, la réaction est négative tandis qu'elle est positive dans les lupus exsudatifs.

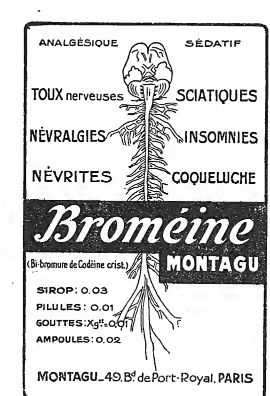
Au total, les auteurs ont eu des résultats satisfaisants au cours de ces dernières années par ce procédé et pensent que son étude doit être poursuivie.

P.-E. Morhardt.

Josef Dvorak. ***Thrombopénie essentielle survenue après castration*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 23, 6 Juin 1931). — La thrombopénie



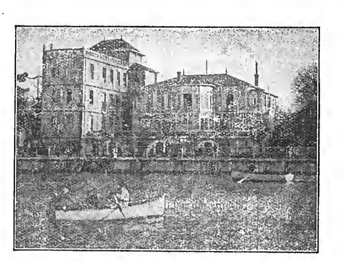




ARCACHON

Clinique du Dr Lalesque

Dirigée par des Religieuses



Tuberculoses chirurgicales
Orthopédie - Héliothérapie

PAS DE CONTAGIEUX

DEMANDER LA NOTICE GRATUITE

essentielle ou maladie de Werlhof a été souvent rattachée à des troubles de la fonction ovarienne. D. donne à ce sujet l'observation suivante :

Il s'agit d'une femme de 28 ans, à qui on a enlevé les deux ovaires à 21 ans sans qu'on sache la raison de cette intervention. Depuis six mois, il apparaît, sur la langue, des vésicules à contenu sanglant en même temps que des hémorragies gingivales et nasales fréquentes. Il apparaît également, sur le corps, des pétéchies rouges. Les coups ou de simples pressions font apparaître des ecchymoses. L'urine est souvent sanglante.

L'examen du sang donne 2,9 millions d'hématies, 52 pour 100 d'hémoglobine, 9.800 thrombocytes et montre que le temps de saignement est de 29 minutes et qu'il n'y a pas de rétraction du coagulum. Le phénomène de Rumpel-Leede est positif.

L'administration de lactate de calcium et d'autres hémostatiques ne donne aucun résultat pas plus que l'irradiation de la rate ou que la transfusion du sang. La malade meurt d'hémorragies profuses, moins de 15 jours après son admission. À l'autopsie, on confirme l'absence d'ovaires et on constate des hémorragies dure-mériennes et ventriculaires.

Au sujet de cette observation, D. fait remarquer que l'ablation des ovaires a eu lieu 6 années 1/2 avant l'ablation des premiers symptômes de la maladie. Il ne croit donc pas qu'on puisse établir de rapports entre les deux phénomènes et adopte plutôt l'opinion de Frank, d'après laquelle les troubles de la menstruation observés en cas de maladie de Werlhof sont non pas signe mais conséquence de la thrombopénie.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRAGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin, Vienne)

Barthels et **Biberstein.** ***Elephantiasis péno-scrotal et lympho-granulomatose inguinale*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLII, n° 3, 30 Mai 1931). — Il est actuellement prouvé que la lymphogranulomatose inguinale entre pour une part importante dans l'étiologie des rétrécissements dits inflammatoires du rectum. Elle peut également provoquer à plusieurs années de distance l'éléphantiasis péno-scrotal et les auteurs en publient un cas démonstratif :

Un homme de 31 ans a présenté douze ans auparavant une blennorragie et un an après un chancre de la verge qui s'est accompagné d'une adénopathie inguinale bilatérale pour laquelle on a fait un *curage ganglionnaire bilatéral*. Neuf semaines après l'intervention tout était rentré dans l'ordre mais onze ans après apparut un éléphantiasis péno-scrotal. La réaction de Frei, intra-dermo-réaction avec l'antigène lymphogranulomateux, fut positive et on peut ainsi affirmer que c'est bien une lymphogranulomatose qu'avait présenté ce malade antérieurement. L'éléphantiasis fut traité par l'excision et le drainage et il y eut d'abord fistule lymphatique. Revu six mois après, l'opéré présente encore dans la région inguinale et à la racine de la verge de volumineux abcès.

Les auteurs publient ensuite de nombreuses coupes histologiques sur les tissus prélevés. On peut discuter dans l'étiologie de cet éléphantiasis le rôle de l'extirpation chirurgicale des ganglions inguinaux lors de l'infection primitive. Cependant les cures ganglionnaires au cours de la tuberculose et du cancer, si elles sont susceptibles de provoquer un certain degré de stase, n'aboutissent pas à de tels états éléphantiasiques. C'est que la lymphogranulomatose est non seulement une adénite, mais encore une péri-adénite qui aboutit en fin de compte à la thrombose des voies lymphatiques et à la sclérose.

J. Sénèque.

Nicolaus. ***Pancréatite aiguë ; traitement et résultats*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLII, n° 3, 30 Mai 1931). — Du 1er Avril 1923 au 1er Octobre 1930 il a été observé 75 cas de pancréatite aiguë parmi lesquels deux malades sont morts immédiatement, 52 ont été opérés ; dans 2 cas la lésion pancréatique n'a pas été découverte et dans 19 cas enfin ou n'a pas eu recours au traitement chirurgical.

37 malades sont morts ; sur les 52 opérés on a eu 33 décès, soit 63,3 pour 100.

L'auteur groupe les formes de pancréatite aiguë en quatre classes : I : œdème pancréatique sans stéatonécrose ; II : œdème avec stéatonécrose ; III : pancréatite hémorragique ; IV : pancréatite séquestrante avec abcès.

Dans le premier groupe on a pu relever 8 malades avec 3 morts, soit : 37,5 pour 100 ; dans le deuxième groupe, 22 malades avec 11 morts, soit 50 pour 100 ; dans le troisième groupe, 14 malades avec 12 morts, soit 85,7 pour 100 ; dans le dernier groupe enfin, 8 malades avec 7 morts, soit 87,7 pour 100.

Dans 23 cas la cause de la mort provient uniquement des lésions pancréatiques ; dans 10 cas, il y avait d'autres lésions surajoutées (embolie pulmonaire, hémorragie, érysipèle autour d'une fistule pancréatique, péritonite et pyonéphrose, tumeur du foie, cancer de l'ovaire).

En plus des 33 décès après l'intervention, il faut ajouter 4 cas où la lésion n'a pas été découverte. Sur les 33 décès, la mort est survenue dans les délais suivants : au bout de quelques heures : 5 cas ; dans le courant du premier jour : 9 cas ; au deuxième jour ; 3 cas ; un cas enfin aux 4e, 5e, 7e, 10e, 13e, 15e, 17e et 21e jours ; 6 au delà de 4 semaines.

Le point capital de cet article est celui qui envisage les cas aigus *non opérés*, soit 19.

Dans le groupe I : 5 malades opérés d'urgence et 3 morts, alors que sur 3 malades non opérés d'urgence il n'y a eu aucun décès (opération remise à plus tard).

Dans le groupe II : 14 opérations d'urgence avec 7 morts, contre 8 opérations retardées avec 4 morts.

Dans le groupe III : 10 opérations d'urgence avec 9 morts et 4 opérations retardées avec 1 mort.

Dans le groupe IV : 8 opérations au stade d'abcès avec 7 morts.

Les formes abcédées sont de beaucoup les plus graves : 87,7 pour 100 de mortalité ; l'auteur préconise l'intervention sous anesthésie locale ou rachidienne.

Une participation dans l'atteinte du système biliaire est relevée dans 93,3 pour 100 des cas.

L'insuffisance pancréatique d'où cachexie apancréatique est la grande cause de mort. Parmi les malades revus : 22 restent guéris, ce qui représente 75 pour 100 des opérés et 45 pour 100 des cas non opérés.

J. Sénèque.

Kaspar. ***Résultats de la gastrectomie pour cancer*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLII, n° 3, 30 Mai 1931). Depuis 1922 a été fait à la clinique de Nüremberg 481 interventions pour cancer de l'estomac, sur lesquelles 175 gastrectomies, 116 gastroentérostomies, 181 laparotomies exploratrices et 8 jéjunostomies et gastrostomies. La mortalité de la gastrectomie pour cancer est élevée ; elle oscille aux environs de 20 à 30 pour 100. Pour Finsterer elle est de 19,4 pour 100 ; pour Eiselsberg de 20 pour 100 ; pour Weil de 35 pour 100 ; pour Anschütz de 30 pour 100.

Sur les 175 opérés de gastrectomie 38 avaient plus de 60 ans, le plus âgé avait 81 ans ; 3 malades présentaient des lésions de tuberculose pulmonaire avancée, une était atteinte d'anémie pernicieuse type Biermer, une autre présentait un énorme goitre sténosant.

Les complications tiennent d'une part aux adhérences étendues que l'on peut rencontrer lors de l'intervention, aux propagations cancéreuses qui ont nécessité dans deux cas la résection du côlon transverse (une mort, une guérison) ; un cas de cancer perforé après gastro-entérostomie a guéri après gastrectomie ; dans un cas enfin, il y avait ictère chronique par rétention.

D'une manière générale on peut diviser les gastrectomies en deux groupes : celles qui correspondent aux bons cas, mobiles, sans adhérences ni propagation, et celles qui correspondent aux mauvais cas, déjà étendus. La mortalité immédiate a été de 20 pour 100 dans le premier groupe et de 33 pour 100 dans le second. Sur 175 opérés il y a eu 43 morts post-opératoires. Sur les 43 morts, 13 dépendent de complications locales : 8 par imperfections de sutures gastriques et péritonite consécutive, 5 par lésions diverses (fistule colique après résection du transverse, hémorragie, insuffisance de suture œsophagienne dans une gastrectomie totale, résection après cancer perforé ayant amené un ulcère peptique, occlusion après Billroth I) ; 30 opérés sont morts de complications générales parmi lesquelles les complications pulmonaires occupent la première place ; viennent ensuite les complications de l'appareil circulatoire, puis la cachexie.

Sur les 85 opérés ayant survécu à l'intervention 58 sont morts et 27 sont encore vivants (8 au bout de deux ans, 13 au bout de trois ans, un au bout de quatre ans et un six ans après). Chez les jeunes la mortalité est très élevée ; c'est aux environs de 60 ans que l'on obtient les meilleurs résultats éloignés.

J. Sénèque.

Billich. ***De l'irradiation post-opératoire, après l'amputation du sein pour cancer*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLII, n° 3, 30 Mai 1931. — Contrairement aux notions qui paraissaient actuellement admises, l'auteur vient préconiser l'irradiation post-opératoire, après l'amputation du sein pour cancer. En utilisant les doses moyennes et une technique dont il donne les détails les résultats obtenus ont été les suivants :

Sur 202 cas observés pendant trois ans, 56,9 pour 100 sont restés sans récidives et 58,4 pour 100 sont encore vivants ; au bout de cinq ans sur 164 cas on a 37,2 pour 100 sans récidive et 39,6 pour 100 d'opérés encore vivants ; au bout de dix ans enfin, sur 92 cas : 24,7 pour 100 sans récidive et 24,7 pour 100 de malades vivants.

Si l'on considère maintenant ces opérés par rapport au stade d'envahissement lors de l'intervention :

Au stade I pour une survie de trois ans sur 40 opérés on a un bon résultat dans 88,5 pour 100, au bout de cinq ans sur 36 cas 78,7 pour 100 et au bout de dix ans sur 17 cas 53 pour 100.

Au stade II, pour trois ans : sur 71 cas, 73 pour 100 ; pour cinq ans sur 57 cas, 45,6 pour 100 et pour dix ans sur 31 cas, 19,3 pour 100.

Au stade III, pour trois ans sur 61 cas, 39,3 pour 100 ; pour cinq ans sur 45 cas : 17,7 pour 100 et pour dix ans sur 28 cas, 17,8 pour 100.

Au stade IV, pour trois ans sur 30 cas, 10 pour 100 ; pour cinq et dix ans sur 38 cas, 0 pour 100.

Il s'agit de cas observés entre 1914 et 1927 et d'une manière globale la survie au bout de cinq ans et dix ans paraît supérieure à celle que l'on a l'habitude d'observer.

J. Sénèque.

Ishiyama. ***Au sujet de la cholélithiase d'origine parasitaire*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLII, n° 3, 30 Mai 1931). — I. rapporte trois cas d'affection parasitaire des voies biliaires.

I. Ce cas concerne un homme de 39 ans se présentant avec un ictère par rétention et des antécédents de colique hépatique. Les premières crises remontent à dix ans auparavant, puis pendant six ans il n'a plus ressenti aucun phénomène douloureux. Dans ces dernières années il a recommencé à souffrir et les crises sont devenues de plus en plus fréquentes, s'accompagnant d'ictère et de fièvre.

Le malade se présente avec tous les symptômes d'un ictère chronique par rétention, et bien que l'on ait constaté la présence d'ascaris dans les selles, on pose le diagnostic d'obstruction calculeuse du cholédoque.

Intervention le 6 Juin 1928: on retire un calcul de la vésicule, puis un autre du cholédoque et on voit ensuite sortir de la lumière de ce canal un ascaris long de 18 cm. et large de 1. Cholécystectomie. Guérison.

II. Il s'agit d'un homme de 35 ans ayant présenté sept ans auparavant un ictère avec poussée fébrile. Ici encore il y avait des ascaris dans les selles.

A l'intervention on découvrit dans la vésicule un ascaris mort ayant 22 cm. de longueur et 1,9 de large. Cholécystectomie. Il n'y avait pas de calcul ni dans la vésicule, ni dans le cholédoque.

III. Dans le dernier cas enfin, le tableau clinique est sensiblement pareil aux deux cas précédents: on ne retrouve cependant pas d'ictère dans les antécédents et c'est simplement lors de la dernière crise (chez un homme de 28 ans) que l'ictère est apparu, avec une température à 40° et un certain degré de défense musculaire à droite. Le foie présente un aspect cirrhotique; la vésicule est tendue et saigne facilement.

Par la ponction on retire 30 cmc de liquide jaunâtre et l'examen microscopique montre dans le liquide de nombreux œufs de parasite (*distomum japonicum*). Cholécystectomie. Il existait un calcul dans le cystique; le cholédoque était perméable.

La présence d'ascaris dans les voies biliaires est une rareté, et il est rare d'en trouver un vivant. Quant à la coexistence de la lithiase biliaire avec le *distomum japonicum*, c'est une éventualité encore plus exceptionnelle.

J. Sénèque.

König et **Dick.** ***Sur le traitement du cancer du gros intestin*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLIII, n° 1, 18 Juillet 1931). — K. et D. publient la statistique du service de Schoffer de 1911 à 1929, statistique qui porte sur 235 malades et envisage le cancer du gros intestin, à l'exclusion de celui du rectum.

Sur ces 235 malades, 104 ont pu subir une opération radicale; 16 malades opérés au stade d'occlusion sont morts après une simple colostomie, alors que la tumeur était cependant encore extirpable. Il n'a été constaté aucune amélioration dans les possibilités d'exérèse lors de ces dernières années; de 1911 à 1914, 53 pour 100 des cas étaient opérables; de 1914 à 1918, 40 pour 100; de 1918 à 1926, 39 pour 100; de 1926 à 1929, 47 pour 100.

Sur les 104 malades ayant subi une intervention radicale 25 sont morts des suites de l'opération, soit 24 pour 100.

Résections en un temps. — Résection iléo-cæcale: en l'absence d'occlusion 29 cas avec 5 morts, soit 17 pour 100, et au stade d'occlusion 1 cas suivi de mort (pneumonie au seizième jour); dans les autres cas, la cause de la mort a été trois fois une pneumonie, une fois une embolie pulmonaire et une fois un phlegmon de la paroi.

Résection du côlon transverse: en l'absence d'occlusion 10 cas avec 3 morts (1 pneumonie, 2 péritonites), et au stade d'occlusion un cas suivi de guérison.

Résection de l'angle gauche et du côlon descendant: 6 cas, avec 2 morts par péritonite.

Résection du côlon sigmoïde: un seul cas de résection primitive au stade d'occlusion avec guérison.

Méthodes en deux temps. — 20 cas en l'absence d'occlusion avec 4 morts et 13 cas en occlusion avec 7 morts. Les causes de la mort ont été: pneumonie (2), gangrène pulmonaire (1), collapsus cardiaque (1), décubitus et méningite (1); au deuxième temps, 2 morts par péritonite.

Résections en trois temps. — En l'absence d'occlusion 2 cas avec 1 mort (péritonite), et au stade occlusif 11 cas avec 1 mort (péritonite).

Interventions palliatives: 45 entéro-anastomoses et 70 colostomies. La mortalité des entéro-anastomoses a été de 6,6 pour 100; celle des colostomies de 10 pour 100.

Résultats éloignés. — 100 malades ont pu être retrouvés; au delà de treize ans sur 30 opérés 7 sont encore en vie; au delà de dix ans 11 sur 49; au delà de sept ans, 14 sur 58; au delà de quatre ans, 21 sur 71.

J. Sénèque.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Dietrich Jahn avec la collaboration de **Annemarie Butesch** et **Irmgard Kirchbach.** ***Echanges énergétiques et régulation acide-base*** (*Deutsches Archiv. für klinische Medizin*, tome CLXX, n° 4, 18 Avril 1931). — Les recherches poursuivies par J. et ses collaboratrices ont montré que l'administration d'histamine, d'adrénaline, d'insuline, comme le travail physique, modifient la consommation d'oxygène et la sécrétion gastrique.

Le phénomène fondamental est représenté par une augmentation de la production d'acide lactique bien connue au cours du travail physique et qui survient également après administration d'adrénaline, d'insuline ou, comme ce travail le montre, d'histamine. L'augmentation du métabolisme de base ainsi constatée est moindre quand la sécrétion gastrique est élevée que quand celle-ci est faible. Les deux phénomènes sont donc sous la dépendance d'une même cause qui doit être cherchée dans une modification de l'équilibre acide-base. L'estomac, comme les poumons, interviennent en qualité de régulateur dans cet équilibre.

L'augmentation de l'acide lactique dans l'organisme au cours du travail conduit à une élimination d'acide par les poumons ou par l'estomac. Ce phénomène se produit parfois si rapidement que l'équilibre est détruit, qu'il survient un excès d'alcalins et que les reins réagissent en éliminant davantage de phosphate secondaire. Dans d'autres cas, cette augmentation de la production d'acide lactique agit à peine sur les organes régulateurs. Mais alors la consommation d'oxygène est augmentée pendant plus longtemps.

L'administration de sucre en deux repas successifs entraîne des conséquences qui sont liées à l'état réactionnel et à l'équilibre acide-base de l'organisme et non pas à la nature chimique de l'aliment. En effet, une première administration de dextrose peut être suivie d'un effet spécifique dynamique net, qui, dans d'autres cas, ne s'observe qu'après la seconde administration. Des différences analogues dues également à des différences de réactivité sont observées quand il est imposé deux fois de suite le même travail. L'élimination d'un excès d'acide par l'estomac ou par les poumons détermine dans les deux cas une diminution de l'effet spécifique dynamique.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT FUR HALS-, NASEN- UND OHRENHEILKUNDE (Munich)

G. Jockisch. ***Extraction d'une pièce de monnaie ayant séjourné 24 ans dans la bronche droite*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, tome XXVI, fasc. 5, 1er Novembre 1930). — Depuis 7 ans, un homme, actuellement âgé de 40 ans, accuse une douleur rétrosternale. A l'examen physique, on ne lui trouve qu'une bronchite chronique, qui a d'ailleurs débuté bien avant l'apparition de la douleur thoracique. La radioscopie réserve une surprise: dans le champ pulmonaire droit on aperçoit une ombre qui ne peut provenir que d'une pièce de monnaie.

Il faut interroger le malade avec insistance pour apprendre qu'il a effectivement dégluti une pièce de monnaie à l'âge de 16 ans. A vrai dire, une radiographie avait déjà montré la présence de ce corps étranger, il y a une dizaine d'années, mais l'extraction n'en a jamais été tentée.

La bronchoscopie montre que le corps étranger est logé dans la bronche droite où il se présente par la tranche. L'extraction en est aussitôt pratiquée par les voies naturelles. Il s'agit d'une pièce de billon qui depuis 24 ans avait élu domicile dans la bronche sans jamais avoir traduit sa présence par aucun signe alarmant. Aussi bien la bronchite chronique dont le malade est atteint ne s'amende-t-elle guère sensiblement, encore que la douleur rétrosternale disparaisse immédiatement et définitivement dès l'extraction du corps étranger.

Francis Munch.

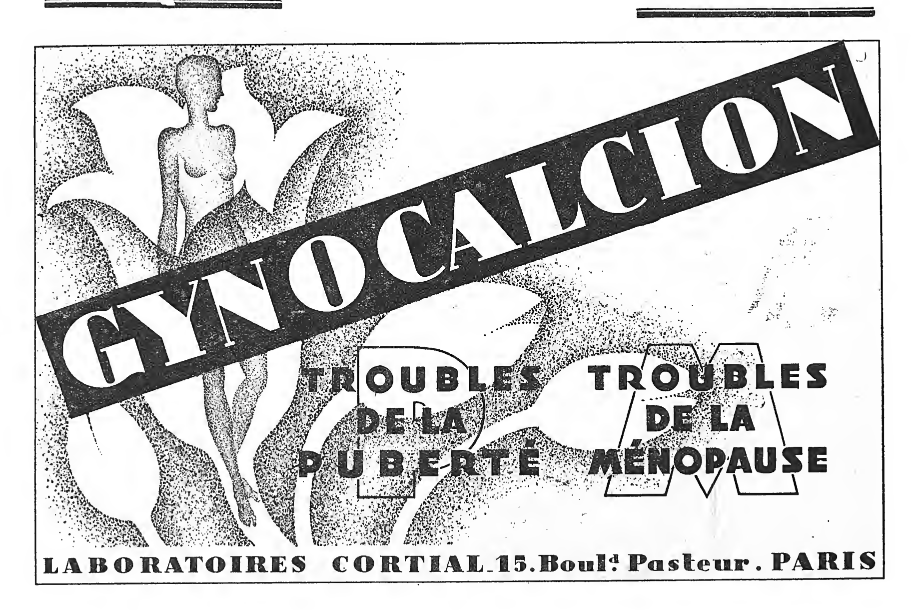
O. Körner (Rostock). ***Méningocèle post-opératoire, consécutive à l'évacuation d'un abcès du lobe temporal, d'origine otique*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, tome XXVI, fasc. 5, 1er Novembre 1930). — Chez un enfant âgé de 9 ans, et chez qui l'on a pratiqué l'évidement pétro-mastoïdien pour otorrhée, on est amené à inciser et à drainer un abcès qui s'est développé dans le lobe temporal. Le dix-neuvième jour, on voit apparaître dans le fond de la plaie opératoire une tuméfaction qui bombe à travers la perforation osseuse du *tegmen antri*. La surface en est lisse, régulière, et la teinte grisâtre, à peine rosée. Aussi K. admet-il qu'il s'est agi non d'un prolapsus encéphalique, mais d'une méningocèle. En 2 mois et demi celle-ci atteint le volume d'une cerise. Deux ponctions pratiquées par la suite montrent que la poche ne renferme que du liquide céphalo-rachidien. Très rapidement, après chaque ponction, la méningocèle se remplit à nouveau et reprend son volume antérieur. La régression de la lésion est très lente, et deux ans après son apparition elle subsiste toujours; mais elle s'est notablement affaissée et n'est plus pulsatile.

Francis Munch.

THE LANCET (Londres)

D. Mac Alpine. ***L'encéphalomyélite aiguë disséminée; ses séquelles et ses relations avec la sclérose en plaques*** (*The Lancet*, vol. CCXX, n° 5616, 18 Avril 1931). — Depuis quelques années, une nouvelle entité clinique s'est dessinée, très voisine à beaucoup de titres de la forme aiguë de la sclérose en plaques: c'est l'encéphalomyélite aiguë disséminée, dont la forme post-vaccinale est la plus connue, mais qui peut se voir aussi au cours des fièvres éruptives (rougeole et varicelle surtout), et quelquefois aussi apparaître primitivement. La neuromyélinite optique est une variété de cette affection, caractérisée par une atteinte bilatérale dominante du nerf optique.

Anatomiquement, l'encéphalomyélite aiguë disséminée ne se différencie en rien de la sclérose en plaques: ce n'est pas cependant une raison suffisante pour affirmer l'unité étiologique des deux maladies, car les lésions observées dans l'encéphalite périaxiale diffuse (maladie de Schilder) sont également similaires, alors que la cause de cette



GYNOCALCION
TROUBLES DE LA PUBERTÉ
TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE
LABORATOIRES CORTIAL. 15. Boul^d Pasteur. PARIS

dernière affection est certainement toute différente.

D'ailleurs il existe cliniquement des particularités qui permettent de distinguer les deux maladies. Et surtout, caractère essentiel, l'encéphalomyélite disséminée est une affection immunisante, dont la guérison, lorsqu'elle survient, est d'ordinaire complète, les récidives ne s'observent jamais. Or on sait que la sclérose en plaques est avant tout au contraire une affection chronique, évoluant par poussées successives. Il n'est donc pas possible, dans l'état actuel de nos connaissances, de croire à une identité microbienne à la base des deux maladies. Sans doute s'agit-il de deux virus proches parents.

R. Rivoire.

C. Webb et **S. L. Mucklow.** ***Le traitement non opératoire de l'hypertrophie de la prostate*** (*The Lancet*, vol. CCXX, n° 5618, 2 Mai 1931). — Cet article est destiné à faire connaître aux médecins anglais le traitement radiothérapique de l'hypertrophie prostatique, encore inconnu en Angleterre. W. et M. vantent les avantages de la méthode, moins dangereuse que l'intervention chirurgicale, et donnant en général de bons résultats, à condition d'employer un appareillage suffisant pour la production de rayons ultra-pénétrants. Il faut évidemment multiplier les précautions pour éviter les escarres rectales et pour ne pas endommager la peau du périnée, en prévision d'une intervention chirurgicale peut-être indispensable plus tard.

R. Rivoire.

Sir Leonard Hill. ***Tumeurs spontanées chez la souris: influence du régime et de l'âge*** (*The Lancet*, vol. CCXX, n° 5618, 2 Mai 1931). — Depuis longtemps on attribue communément l'accroissement du cancer à une mauvaise hygiène alimentaire, à une carence d'ailleurs indéterminée. H. a entrepris une longue série d'expériences sur la souris, prolongée pendant six ans, afin de se rendre compte de l'influence des régimes hypovitaminés ou hypervitaminés sur l'apparition de tumeurs spontanées chez l'animal. La conclusion est très nette: tout au moins chez la souris, les différents régimes alimentaires n'influent en rien sur la fréquence des tumeurs. Le seul facteur important semble être l'âge, la proportion des cancers augmentant rapidement au fur et à mesure du vieillissement des animaux: exactement comme cela se passe chez l'homme.

R. Rivoire.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

A. W. Phillips. ***Hypoglycémie associée à une hypertrophie des îlots de Langerhans*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 15, 11 Avril 1931). — Voici une nouvelle observation d'hypoglycémie par hyperinsulinémie, mais ici l'hyperinsulinémie semble secondaire à une autre lésion somatique, le malade étant atteint de néphrite subaiguë avec rétention uréique. Et, à l'autopsie, on ne trouve pas de tumeur pancréatique, mais seulement une hyperplasie diffuse des îlots de Langerhans. Il semble bien donc que l'hyperplasie pancréatique ait été chez ce malade secondaire à la néphrite: cependant, on constate d'ordinaire au cours des néphrites avec rétention uréique une augmentation du sucre sanguin. Peut-être s'agit-il seulement d'une coïncidence, ou peut-être existe-t-il des néphrites qui s'accompagnent d'hypoglycémie.

Le cas n'en est pas moins intéressant et ouvre peut-être un nouveau chapitre des néphrites.

R. Rivoire.

M. Cutler. ***La cause des « seins douloureux » et son traitement par les extraits ovariens*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 15, 11 Avril 1931). — Il est banal d'observer chez les femmes, dans les jours précédant les règles, une hypersensibilité mammaire. Mais chez certaines femmes cet engorgement des seins est particulièrement intense, s'accompagnant de douleurs violentes et d'une consistance analogue à celle de la mammite chronique. D'après C., la cause de cette douleur mammaire est la sécrétion lutéique, et l'administration d'extrait ovarien libre de corps jaunes amènerait dans tous les cas la guérison.

En réalité, le mécanisme hormonal de la sécrétion lactée est encore bien imprécis: le rôle du corps jaune ne semble pas aussi important que celui du lobe postérieur de l'hypophyse. Il se peut cependant que l'extrait ovarien et la folliculine se montrent un bon médicament symptomatique de cette affection désagréable.

R. Rivoire.

L. Brown et **M. W. Debenham.** ***Autotransfusion avec le sang d'un hémothorax*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 15, 11 Avril 1931). — La pratique de l'autotransfusion s'est généralisée, surtout dans les grands épanchements sanguins abdominaux. Mais la réinjection du sang d'un hémothorax est beaucoup plus rare : un seul cas en a été publié. B. et D. rapportent 2 cas personnels, dont le premier est particulièrement impressionnant, car il semble bien que le blessé était dans un état si grave qu'il n'aurait pu attendre une transfusion vraie.

La pratique de l'autotransfusion pleurale est facilitée par le fait que le sang des hémothorax devient très rapidement incoagulable, de sorte qu'il n'est même pas utile d'y ajouter du citrate. Les risques d'infection sont nuls, car le sang est un milieu assez réfractaire aux invasions microbiennes.

B. et D. recommandent de remplacer le sang de la plèvre par de l'air, afin de diminuer les risques de récidive de l'hémorragie.

R. Rivoire.

F. Kennedy et **S. B. Wortis.** ***Le traitement moderne de l'hypertension intracranienne*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 16, 18 Avril 1931). — K. et W. passent en revue les différentes méthodes permettant de diminuer la tension du liquide céphalo-rachidien dans les cas d'hypertension cranienne, quelle qu'en soit la cause.

La ponction lombaire devra être évitée lorsqu'on pense qu'il peut s'agir d'une tumeur cérébrale localisée à la fosse postérieure ou au 3e ventricule. à cause de la possibilité de mort subite par compression de la moelle dans le tronc occipital.

Les injections intraveineuses de solutions hypertoniques de sucre (50 pour 100) sont conseillées, car elles diminuent la tension et sont sans danger.

La sodiobenzoate de caféine, à la dose de 50 centigr., diminue fortement la tension pendant une heure. On peut faire une injection toutes les deux ou trois heures.

Enfin la position assise ou demi-couchée est préférable à la position horizontale, car elle diminue la tension intracranienne. Quand les méthodes médicales échouent, il reste la ressource d'un drainage ventriculaire ou d'une trépanation décompressive.

R. Rivoire.

H. Jones, H. Widing et **L. Nelson.** ***Les donneurs de sang ; étude des effets sur l'organisme des soustractions sanguines répétées*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 16, 18 Avril 1931). — J., W. et N. ont étudié complètement l'action des saignées répétées chez les donneurs professionnels, dont le nombre est si grand en Amérique. La moyenne de la diminution de l'hémoglobine et du nombre des hématies après une saignée de 400 gr. est de 4 pour 100 pour l'hémoglobine, et de 300.000 pour les hématies.

Le temps de coagulation, le nombre des plaquettes sanguines ne sont pas modifiés.

Les femmes résistent moins bien que les hommes aux saignées répétées: chez l'homme, 5 saignées de 400 gr. à 3 ou 4 jours d'intervalle ne modifient pas sensiblement le chiffre des hématies; alors que chez la femme les mêmes saignées déterminent un certain degré d'anémie.

L'action des saignées multiples est plutôt favorable: la plupart des donneurs augmentent de poids; l'acné et la constipation sont améliorés, l'état général est floride.

R. Rivoire.

J. A. Kolmer. ***La méthode intracarotidienne de traitement des méningites avec guérisons*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 17, 25 Avril 1931). — K. a décrit une méthode de traitement des méningites par injections intracarotidiennes bilatérales de sérum antitoxique et d'optochine. Cette technique s'étant montrée capable de guérir des méningites pneumococciques chez le chien, à condition d'être employée précocement et d'y adjoindre le drainage ventriculaire, K. l'a employée ultérieurement dans le traitement de plusieurs cas de méningite purulente. Malheureusement, il s'agissait presque toujours de méningite streptococcique, et l'on sait qu'il n'existe guère de sérum anti-streptococcique actif : cependant récemment le sérum antiscarlatineux s'est montré entre les mains de K. actif dans le traitement des méningites streptococciques du chien; mais l'essai à l'homme n'en a pas encore été fait. Tous les cas de méningites à streptocoques traités par les sérums antistreptococciques ordinaires et par les injections de solution de Ringer ou d'optochine se sont terminés par la mort, le plus souvent cependant après une rémission très nette qui donna longtemps l'espoir d'une guérison.

2 cas de méningite purulente ont été traités par les injections intracarotidiennes: l'une était une méningite pneumococcique post-pneumonique, chez une femme de 25 ans, soignée par des injections intracarotidiennes de sérum de Felton; l'autre, une méningite à staphylocoque consécutive à une ostéomyélite chez une petite fille de 8 ans, traitée par des injections de solutions de Pregl. Toutes deux ont guéri.

La méthode des injections intracarotidiennes est également très utile pour le traitement des méningites à méningocoques graves, résistant à la sérothérapie intrarachidienne.

R. Rivoire.

A. D. Carr et **ses collaborateurs.** ***Hyperinsulinisme par adénome à cellule B du pancréas : opération et guérison*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 17, 25 Avril 1931). — Depuis que le tableau clinique de l'hypoglycémie est bien connu, les observations d'hyperinsulinisme commencent à se multiplier. Les auteurs publient un magnifique cas d'hypoglycémie chronique liée à un adénome pancréatique, dont l'ablation amena rapidement la guérison. Il s'agissait d'un jeune homme soigné depuis longtemps pour épilepsie; mais l'allure un peu spéciale des crises, leur analogie avec celles observées dans l'hypoglycémie insulinique fit doser la glycémie: celle-ci se montra fortement diminuée, descendant au-dessous de 0 gr. 40 au moment des crises épileptiformes. Un diagnostic d'hyperinsulinisme fut fait, et un régime hypersucré fut institué. Mais celui-ci n'amena qu'une sédation momentanée des symptômes, à tel point qu'une intervention chirurgicale fut faite. A l'opération, on découvrit un adénome pancréatique bien encapsulé, gros comme une noix de coco, dont l'extirpation fut facile. Le pancréas ne fut pas lésé, et la cicatrisation se fit

normalement. Depuis cette époque, la guérison du malade est complète; l'épreuve de la tolérance sucrée fut normale. L'examen histologique de la tumeur extirpée révéla un adénome fortement cellulaire, composé presque exclusivement de cellules B de Langerhans. R. Rivoire.

J. B. Doyle et **L. E. Daniels**. ***Un traitement symptomatique de la narcolepsie*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, nº 17, 25 Avril 1931). — Partant de l'hypothèse que la narcolepsie et surtout la cataplexie sont dues à une sécrétion insuffisante d'adrénaline au cours d'une émotion, D. et D. ont essayé de traiter ces malades à la clinique Mayo par ingestion d'éphédrine. Les résultats ont dépassé toute espérance, tous les cas ainsi soignés ayant complètement guéri, tant que l'éphédrine était administrée. Mais il ne s'agit que d'une médication symptomatique, car les symptômes reparaissent dès suppression de la drogue. Les doses à utiliser varient suivant les cas, mais 5 centigr. 3 fois par jour suffisent en général pour abolir complètement narcolepsie et cataplexie. Il est recommandé de donner le soir une dose un peu moins forte, afin d'avoir un sommeil calme la nuit.

Il est probable que cette action de l'éphédrine est purement pharmacologique, car on connaît son action antagoniste vis-à-vis d'hypnotiques tels que le sodium amytal et la morphine. Il n'en semble pas moins qu'il s'agit là d'une médication très utile dans le traitement de la narcolepsie, car jusqu'ici l'arsenal thérapeutique était très démuni vis-à-vis de cette affection. R. Rivoire.

H. Cumpeer, **A. Matheson** et **C. Strauss**. ***Phénomène d'Arthus chez un enfant syphilitique*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, nº 17, 25 Avril 1931). — C., M. et S. signalent un cas rare de phénomène d'Arthus survenu à la suite de l'ingestion dans la fesse de 15.000 unités de sérum antidipthérique, chez un enfant vacciné 4 ans plus tôt par 3 injections d'anatoxine. L'injection déclencha une inflammation considérable de la fesse, puis apparut une escarre énorme qui s'élimina en mettant à vue le squelette fessier. La mort survint en 27 jours.

L'apparition d'un phénomène d'Arthus est très rare chez l'homme. Il est cependant indispensable d'en connaître la possibilité, et de faire précéder l'injection massive de sérum chez un vacciné par une injection faible afin d'éviter l'apparition d'un accident grave. R. Rivoire.

J. A. Danna. ***Le traitement des pleurésies purulentes par aspiration et injection d'air, sans drainage : revue de 35 cas*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, nº 18, 2 Mai 1931). — D. traite depuis plusieurs années les pleurésies purulentes par ponctions suivies d'injection d'air, sans drainage, et recommande cette technique pour toutes les pleurésies purulentes, quel que soit le microbe causal.

Il est nécessaire de vider entièrement la poche purulente, et pour cela il faut, après repérage à la radio, piquer avec une grosse aiguille à la partie inférieure de l'épanchement pour retirer le pus, et piquer plus haut pour injecter de l'air au fur et à mesure que le pus est évacué. Après vidage de la poche, il faut revoir le malade à la radio pour vérifier s'il n'existe pas un épanchement cloisonné, qui pourrait nécessiter une nouvelle ponction.

Dans les cas où l'aiguille est bloquée par des fausses membranes, D. conseille de faire une petite incision pariétale au bistouri, par laquelle on vide la poche; on referme ensuite sans drainage.

Ce traitement a été employé dans 35 cas consécutifs de pleurésies purulentes, dont 31 pneumococciques et 4 streptococciques. La guérison survint en moyenne après quatre ponctions. Les 35 malades ont guéri.

D. a employé avec succès cette technique dans un cas de bursite prépatellaire, dans une péritonite pneumococcique et une arthrite streptococcique du genou. Il suggère de l'essayer dans les péricardites et les méningites purulentes. R. Rivoire.

R. D. Metz. ***L'insuline dans les troubles de l'assimilation : communication préliminaire*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, nº 18, 2 Mai 1931). — Depuis quelques années de nombreux auteurs allemands ont obtenu un engraissement notable par des injections d'insuline: mais il semble qu'il s'agisse seulement d'un accroissement de poids modéré et momentané, qui serait dû à une rétention d'eau dans l'organisme sous l'influence de l'hormone. M. a traité par l'insuline un certain nombre de sujets, tuberculeux ou neurasthéniques, par l'injection sous-cutanée quotidienne de 20 à 30 unités trois fois par jour avant les principaux repas. Les accidents hypoglycémiques furent rares et facilement jugulés par l'absorption de sucre. Le gain de poids fut en moyenne de 5 à 6 kilogr. en deux mois, et l'état général des malades très amélioré.

M. essaye d'expliquer l'action métabolique de l'insuline par des théories fort hypothétiques. En fait, si le gain de poids fut souvent indiscutable, l'amélioration de l'état général chez des malades neurasthéniques est probablement due à une action psychologique.

La question de la cure d'engraissement par l'insuline est encore fort incertaine. R. Rivoire.

W. D. Sutliff et **M. Finland**. ***Les pneumonies lobaires de type I traitées par le sérum antipnoumococcique concentré de Felton : allure clinique de la maladie*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, nº 18, 2 Mai 1931). — Dans les pays de langue anglaise se multiplient les rapports favorables au traitement de la pneumonie par le sérum de Felton.

S. et F. ont noté les modifications cliniques de la maladie après traitement par le sérum de Felton. Contrairement à d'autres auteurs, ils n'ont pas observé de diminution sensible de la mortalité; mais la maladie fut fortement raccourcie dans les cas traités par le sérum, et, chaque fois que l'injection fut faite dans les quatre premiers jours, la guérison survint.

Dans tous les cas où la pneumonie s'accompagnait d'hémoculture positive au début, l'injection de sérum amena la disparition rapide du pneumocoque dans le sang, et la guérison dans 6 cas sur 7; alors que chez les pneumoniques non traités, la pneumococcémie persista dans 8 cas sur 10, et la mort survint dans tous les cas de septicémie persistante. R. Rivoire.

N. Taube. ***Atteinte de l'artère mésentérique dans la maladie de Buerger : résumé de deux observations*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, nº 18, 2 Mai 1931). — On croit généralement que la maladie de Buerger est limitée aux artères du membre inférieur : en réalité, les cas sont nombreux d'atteinte d'autres artères. T. a relevé dans la littérature les cas analogues, et a constaté que pour ainsi dire toutes les artères du corps pouvaient être frappées, depuis les artères cérébrales jusqu'aux artères coronaires.

T. a observé 2 cas d'atteinte des artères mésentériques : dans les deux cas, la lésion mésentérique se révéla d'abord par des douleurs abdominales violentes, sans hémorragie intestinale. Ces crises douloureuses se reproduisirent à intervalles variables. Le premier malade fit au bout de 6 mois une thrombose complète de la mésentérique, avec gangrène intestinale, et mourut peu de temps après une laparotomie. L'autre guérit cependant sans intervention après plusieurs crises douloureuses abdominales. R. Rivoire.

St. Palmer. ***L'albuminurie fonctionnelle*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, nº 19, 9 Mai 1931). — Afin d'élucider le problème si obscur de l'albuminurie fonctionnelle, P. a entrepris à l'Université de Haward une vaste étude de la question. 150 sujets présentant de l'albuminurie sans lésions rénales furent recherchés, et un nombre égal de sujets sains. Dans chacun des deux groupes, un examen complet des malades fut fait et prolongé pendant plusieurs années. Les conclusions de P. sont les suivantes:

1º La présence d'albuminurie fonctionnelle ou orthostatique est sans aucune gravité: au bout de 8 ans, un seul de 150 albuminuriques avait encore de l'albumine. Aucun n'a présenté de symptômes rénaux.

2º La cause de cette albuminurie est obscure: la lordose incriminée souvent n'y est pour rien, car elle se retrouve en égale proportion dans les deux groupes. Il en est de même pour les infections et la constipation. Par contre, on note chez ces sujets une légère accélération du pouls et souvent une hérédité de maladies cardio-vasculaires, ce qui pourrait peut-être suggérer l'idée d'une diathèse cardio-vasculaire.

3º L'albuminurie fonctionnelle est une affection bénigne qui ne nécessite aucun traitement. R. Rivoire.

C. A. Neymaun et **M. T. Kœnig**. ***Traitement de la paralysie générale ; étude comparée des résultats thérapeutiques par la malaria, le sodoku et la diathermie*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, nº 22, 30 Mai 1931). — Les conclusions de cette étude sont nettement en faveur de la diathermie: suivant N. et K., la diathermie donne une proportion de rémission supérieure à celles obtenues par la malaria et le sodoku. La mortalité est nulle. En outre, la diathermie donne l'espoir d'une rémission dans des cas qui semblent au delà de toute thérapeutique.

Les modifications sérologiques produites par la diathermie ne correspondent pas aux améliorations cliniques; ainsi d'ailleurs que pour les autres formes de traitement.

Enfin l'application de la diathermie est facile pour tout médecin entraîné, et dans nombre de cas on peut faire un traitement ambulatoire.

Les résultats cliniques sont les suivants:

Guérison totale (reprise des occupations du malade) : 26 pour 100. Amélioration : 26 pour 100. Fixation : 30 pour 100. Aucun résultat : 20 pour 100. R. Rivoire.

W. A. Reilly. ***Hypertélorisme : résumé de 4 observations*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, nº 23, 6 Juin 1931). — L'hypertélorisme est cette curieuse affection congénitale caractérisée essentiellement par un écartement considérable des yeux, s'accompagnant en outre souvent de troubles mentaux. C'est souvent une affection familiale, qui est fort voisine des autres anomalies congénitales (becs-de-lièvre, etc.). Elle est due à un développement excessif des petites ailes du sphénoïde, qui repoussent latéralement les fosses orbitaires.

R. cite 4 observations de cette maladie, dans lesquelles les symptômes étaient nets. Aucune cause étiologique n'a pu être relevée chez ces malades : certains auteurs ont incriminé une dysfonction hypophysaire, à cause d'une diminution de la selle turcique; mais chez les malades de R. n'existait aucun symptôme de la série hypophysaire. L'hérédité syphilitique ne semble pas davantage en cause. R. Rivoire.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL
(Paris)

André Thomas et **J.-B. Buvat.** ***Existe-t-il une encéphalite zonateuse ? Herpès zoster à foyers multiples (mort au 8e jour)*** (*Paris Médical*, tome XXI, n° 26, 27 Juin 1931. — Chez une femme de 58 ans, ayant présenté antérieurement un état de dépression et d'irritabilité nerveuse, se développent des troubles mentaux graves: excitation motrice avec coprolabie, confusion, onirisme, idées de ruine et de persécution, hostilité, etc., qui aboutit après une phase d'amélioration au gâtisme, au refus obstiné des aliments, sans signe somatique d'une affection nerveuse organique. C'est alors, après plusieurs semaines d'évolution, que la température s'élève et qu'apparaissent sur le thorax des bandes érythémateuses avec vésicules d'herpès s'arrêtant à la ligne axillaire et s'accompagnant des placards aberrants sur la fesse gauche, le sillon interfessier, etc. La mort survint 8 jours plus tard.

Cette observation est difficile à interpréter. Faut-il considérer le zona comme une affection associée à une maladie infectieuse d'une autre nature ou tout rapporter au même virus ? La coïncidence de l'élévation thermique avec chaque poussée éruptive, la possibilité de diffusion aux divers centres nerveux de l'infection zostérienne font émettre à T. et B. cette hypothèse. Mais de toutes façons, c'est sur un terrain spécial que se sont développés le zona et les accidents encéphalitiques.

Le seul fait à noter chez cette malade est une hypercholestérolémie de 2 gr. 50 que T. et B. supposent « liée à une perturbation dans le fonctionnement du foie ou des capsules surrénales ».

Robert Clément.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

C. Ruppe. ***Tumeurs malignes des maxillaires*** (*Gazette des Hôpitaux*, t. CIV, nos 55 et 57, 11 et 18 Juillet 1931). — R. fait une mise au point de la question des tumeurs malignes des maxillaires, en s'appuyant sur l'étude des travaux récents et sur celle des malades qu'il a observés avec le prof. Lemaitre. Sur 60 tumeurs mandibulaires, 43 étaient des tumeurs malignes, soit près de 75 pour 100. Parmi ces tumeurs malignes: 33 étaient des épithéliomas et 10 des sarcomes.

Sur 54 tumeurs des maxillaires supérieurs, 60 étaient malignes: 43 épithéliomas pour 17 sarcomes.

L'étude porte d'abord sur les tumeurs malignes mandibulaires. R. insiste, avec Bernard, sur la nécessité de ne pas séparer les épithéliomas des gencives (épithélioma classique des maxillaires) d'avec les épithéliomas propagés de la muqueuse circonvoisine de la mandibule. Il distingue ensuite avec le prof. Lemaitre les épithéliomas térébrants des epithéliomas superficiels. Il expose enfin les données actuelles du traitement très difficile de ces cancers.

Pour les maxillaires supérieurs, les tumeurs sont étudiées au niveau de l'infra-, de la méso- et de la super-structure, distinction absolument indispensable comme l'a montré Sébileau. R. reprend la description clinique de ces cancers qui a valu récemment la bonne thèse de Verger et il expose pour terminer les éléments pronostiques tels que Hautant et Monod les a fixés et la technique de ces deux auteurs qui paraît la meilleure en l'état actuel de nos connaissances.

C. Ruppe.

A. Jung et **A. Chinassi Hakki.** ***Les opérations parthyroïdiennes ont-elles une action efficace sur la calcémie et la fonction parathyroïdienne chez l'homme*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIV, n° 66, 19 Août 1931). — L'étude de la calcémie après les opérations parathyroïdiennes est intéressante, elle montre des résultats différents suivant l'état antérieur de la calcémie physiologique ou pathologique.

L'hypercalcémie, observée dans un certain nombre de polyarthrites ankylosantes ou de sclérodermies, a été ramenée à la normale dans 3 cas de parathyroïdectomies ayant porté seulement sur une glande inférieure et dans 4 cas après résection du segment terminal de l'une des artères thyroïdiennes inférieures.

Au contraire, dans 9 cas de lobectomie partielle ou unilatérale pour goitre kystique ou parenchymateux et dans 3 cas de lobectomie pour goitre exophtalmique, les calcémies sont restées normales ou très légèrement au-dessous de la normale.

Donc les opérations partielles portant sur les parathyroïdes ramènent au taux normal les hypercalmies, ne modifiant que très peu les calcémies normales. Après ablation ou ischémie d'une glande parathyroïde, la fonction vicariante du tissu restant maintient la calcémie dans les cas physiologiques, mais ne maintient pas le taux élevé du calcium dans les cas pathologiques; la calcémie est alors ramenée à la normale.

Robert Clément.

Maurice Faure (Nice). ***Influence des taches solaires sur les suicides, les crimes et les accidents*** (*Gazette des hôpitaux*, tome CIV, n° 66, 19 Août 1931). — En confrontant les dates où sont survenues en série crimes, suicides et accidents, avec celles où sont passées au méridien les taches solaires, F. arrive à la conclusion que ces dernières jouent un rôle dans le déterminisme de ces actes souvent absurdes et que rien ne faisait prévoir.

Les suicides, les crimes, les accidents, apparaissent en série, comme les morts subites et les symptômes aigus des maladies chroniques; ces séries coïncident avec les séries de taches solaires. Cette double coïncidence paraît indiquer que le passage des taches solaires au méridien agit à la fois sur le système nerveux de la vie de relation (suicides, crimes, accidents) et sur le système de la vie de nutrition (symptômes morbides aigus et mort subite). Cette réaction de l'homme précède les effets du passage des taches dans l'atmosphère et l'écorce terrestre.

Robert Clément.

JOURNAL DES PRATICIENS
(Paris)

Ch. Achard. ***Méningite tuberculo-pneumococcique*** (*Journal des praticiens*, tome XLV, n° 33, 15 Août 1931). — A. rapporte l'observation d'une jeune femme de 20 ans qui présenta un syndrome de méningite aiguë et, à la ponction lombaire, un liquide purulent jaune soufre très riche en polynucléaires dans lequel on trouva sur frottis des bacilles de Koch et après culture des pneumocoques. La sérothérapie antipneumococcique amena une rémission, mais la mort survint le quatrième jour. L'autopsie confirma l'association des deux infections, les lésions étaient celles d'une méningite tuberculeuse, mais on trouvait sur les coupes et frottis de la substance nerveuse du 4e ventricule des pneumocoques et des bacilles de Koch.

Cette femme n'avait aucun antécédent tuberculeux et à l'autopsie ses poumons étaient indemnes. La tuberculose méningée a été en apparence primitive, l'infection pneumococcique secondaire.

Il faut songer à la possibilité de ces associations microbiennes et rechercher systématiquement le bacille de Koch, au besoin par inoculation au cobaye derrière les méningites aiguës les plus légitimes, car la méningite tuberculeuse peut rester longtemps latente.

Robert Clément.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Robert Debré, G. Ramon et **P.-L. Thiroloix.** ***Etude biologique et immunologique sur la diphtérie*** (*Annales de médecine*, tome XXIX, n° 5, Mai 1931). — D., R. et T. ont étudié minutieusement dans 40 cas de diphtérie l'évolution de la maladie et les germes pathogènes.

Ils insistent sur l'intérêt qu'il y a à étudier toujours avec la même méthode les germes isolés dans les cas de diphtérie. Il ne s'agit pas seulement d'envisager et de doser l'aptitude toxigène du filtrat. La propriété toxigène est le facteur décisif et caractéristique du germe diphtérique, mais la virulence est un élément tout différent et dont l'appréciation, le dosage est infiniment plus difficile, car il s'agit d'une propriété assez instable. Or, un pouvoir pathogène élevé peut être l'apanage d'un germe diphtérique relativement peu toxigène, mais au moins spontanément très virulent; un pouvoir pathogène réduit peut appartenir à un germe très toxigène, mais peu virulent. Il faut donc, par une technique sûre et commode, étudier, dès la sortie de l'organisme, dès l'isolement de la culture, le pouvoir pathogène essentiel, c'est-à-dire les troubles morbides déterminés chez l'animal d'expérience par le germe seul, à l'exclusion de toute toxine sécrétée *in vitro*. On constate alors, dans chaque cas, une intime relation entre les phénomènes morbides observés chez l'homme atteint de diphtérie et réalisés ensuite sur l'animal d'expérience, en ce sens que les formes graves de diphtérie, en particulier les diphtéries mortelles, sont déterminées par des germes doués d'un pouvoir pathogène essentiel particulièrement élevé. Il serait donc capital qu'au cours des épidémies frappant les contrées les plus diverses ce pouvoir pathogène essentiel fût étudié et mesuré, comme le permet la technique proposée par les auteurs.

Ceux-ci ne doutent pas qu'on arrive ainsi à déterminer le rôle important que joue cette propriété variable du bacille diphtérique dans la gravité des diphtéries malignes et dans les oscillations de bénignité et de sévérité que montre l'étude épidémiologique de la diphtérie, ainsi que dans l'immunisation naturelle ou occulte. Une telle recherche permettra de préciser dans quelque mesure la notion, à la fois si juste et si vague, du « génie épidémique ».

Quant à la capacité de résistance des sujets infectés, à l'attitude qu'ils sont capables de prendre vis-à-vis de l'agression microbienne, son importance majeure ne saurait être niée. Le dosage de l'antitoxine dans le sang au début même de la maladie permet d'apprécier cet élément essentiel, à condition, ici encore, d'employer une technique suffisamment précise et à l'abri de l'erreur.

Ces deux éléments: d'une part, les qualités du bacille diphtérique, d'autre part, le degré d'immunisation du sujet atteint, sont donc bien mesurables. L'étude de leurs combinaisons variées permet d'apprécier les raisons de gravité ou de bénignité de la diphtérie dans un cas ou dans un milieu déterminé. Enfin, pour apprécier d'une façon

valable toute thérapeutique et juger sainement de ses effets, il faut, aux constatations cliniques, aux éléments tirés de la statistique, joindre les études et les dosages dont les auteurs ont, dans leur travail, exposé la technique et les résultats.

L. Rivet.

Ch. Dopter et **Collignon**. ***Physionomie générale de la diphtérie dans l'armée depuis la guerre*** (*Annales de médecine*, tome XXIX, n° 5, Mai 1931). — Dans l'armée, comme dans la population civile, la fréquence de la diphtérie a augmenté progressivement depuis 1920, et elle a même, dans certains régiments, constitué une gêne notable pour l'instruction. Le taux de la mortalité reste cependant toujours très faible, le nombre annuel des décès par diphtérie pour toute l'armée variant entre 18 en 1920, chiffre le plus faible, et 44 en 1925, chiffre le plus élevé, ce qui montre bien l'action curative du sérum antidipthérique, qui, à l'armée, est injecté en général de façon précoce.

Les militaires originaires des colonies semblent peu réceptifs vis-à-vis de la diphtérie. La diphtérie s'observe surtout dans les troupes montées, artillerie et cavalerie.

A l'occasion de chaque cas, les porteurs sains sont soigneusement recherchés dans l'entourage. En général, ils ne conservent pas les bacilles plus longtemps que les convalescents: à l'armée du Rhin, la durée moyenne d'hospitalisation des porteurs sains fut de vingt-trois jours. Leur rôle est essentiel dans la propagation de la diphtérie.

Le pourcentage des sujets réceptifs à Schick positif s'est montré assez variable suivant les unités contaminées (entre 22 et 67 pour 100); il s'est montré plus élevé parmi les soldats d'origine rurale que parmi les soldats d'origine urbaine (Vincent, Pilod, Zoeller), et parmi les jeunes soldats que parmi les anciens. L'immunité s'acquiert donc à l'ancienneté, un facteur restant indispensable: la présence du bacille diphtérique. L'immunité à l'égard de la diphtérie s'acquiert sous l'influence de contaminations diphtériques latentes, mais répétées et, en quelque sorte, au prorata des contacts; c'est l'« immunity-contact » de Zingher.

En présence de cette recrudescence de diphtérie, le Service de Santé a décidé de vacciner les recrues à la fois contre les états typhoïdes et contre la diphtérie. Les sujets Schick négatif reçurent uniquement le vaccin TAB, les sujets Schick positif reçurent le mélange TAB+anatoxine en 3 injections pratiquées à 13 et 15 jours d'intervalle. Les résultats furent excellents, et dans tous les régiments où cette technique fut appliquée la diphtérie disparut presque totalement. Cette méthode prophylactique devrait donc être largement appliquée, sinon systématiquement, du moins dans les centres d'endémie, et, à plus forte raison, d'endémo-épidémie. Un projet de loi a été déposé dans ce but.

L. Rivet.

E. Gorter (Leyde, Hollande). ***Sur l'épidémiologie de la diphtérie; à propos du rôle des porteurs de germes et des infections larvées*** (*Annales de médecine*, tome XXIX, n° 5, Mai 1931). — A Leyde, ville de 70.000 habitants, le nombre des cas de diphtérie déclarés qui, depuis 1923, était de moins de 100 par an, est passé brusquement en 1930 à 317; de plus, au cours de cette année, on fut frappé du nombre de formes toxiques, avec paralysies, et le sérum, même administré à doses massives, n'a pas toujours fait preuve d'efficacité. Les cas de croup ou de septicémie surajoutée n'ont du reste pas été plus fréquents que de coutume.

Le rôle des porteurs de germes, net dans certains cas, n'est pas toujours établi, dans la propagation d'une épidémie. Aussi G. considère-t-il l'examen de la gorge destiné à dépister les personnes dangereuses pour leur entourage comme une méthode très défectueuse et très peu digne d'être recommandée. Si une diphtérie se propage souvent par l'intermédiaire d'une personne saine, presque toujours le contact entre le malade et cette personne a été de date récente et on peut même constater assez souvent que la personne qui a servi d'intermédiaire a eu une angine légère, non traitée par un médecin.

Après une diphtérie, les réactions de Schick ne sont négatives que chez un tiers des malades: la diphtérie n'immunise donc les sujets que dans un tiers des cas. Très souvent la réaction de Schick reste positive chez les porteurs de germes, même chez ceux qui hébergent longtemps des bacilles diphtériques. Il semble donc que l'immunisation par une infection légère ne peut à elle seule expliquer l'état d'immunité d'une population donnée et que d'autres facteurs, par exemple l'hérédité, jouent un rôle important. A signaler que certains convalescents de diphtérie sont dans un état allergique envers les bacilles diphtériques. Mais il reste un grand nombre de convalescents chez lesquels on ne réussit pas à déceler un état allergique. Souvent une atteinte de diphtérie laisse subsister une prédisposition à la maladie, comme cela est démontré d'ailleurs par l'observation de récidives.

Même en tenant compte de la possibilité d'une certaine immunité avec une réaction de Schick positive, on n'explique pas bien l'évolution différente d'une épidémie en raison d'une immunité acquise à la suite d'infections légères.

En somme, l'épidémiologie de la diphtérie comporte encore de nombreuses inconnues.

L. Rivet.

Henri Roger, Charles Mattei et **Jean Paillas**. ***Les paralysies du plexus brachial après sérothérapie antidiphtérique*** (*Annales de médecine*, tome XXIX, n° 5, Mai 1931). — R., M. et P. relatent un cas personnel de paralysie du plexus brachial prédominant dans le territoire du circonflexe après sérothérapie antidiphtérique pour une angine non diphtérique, et un cas de paralysie sensitivo-motrice du circonflexe après sérothérapie antidiphtérique. Ils insistent sur la rareté des paralysies de la sérothérapie antidiphtérique. Pour 9 cas de paralysies par sérothérapie antidiphtérique, on en trouve 40 après sérothérapie antitétanique, 10 antipneumococciques, 5 antipesteux, 3 antistreptococciques, etc. Ces cas exceptionnels et habituellement curables pèsent peu dans la balance thérapeutique vis-à-vis des innombrables malades traités efficacement par les sérums.

L. Rivet.

Bela Schick, M. D., et **Anne Topper**, M. D. (New-York). ***Effets de la tonsillectomie et de l'adénoïdectomie sur l'immunité diphtérique*** (*Annales de Médecine*, tome XXIX, n° 5, Mai 1931). — Sur un total de 151 cas observés, 28 enfants, soit 18,5 pour 100, étaient encore Schick positifs six mois après tonsillectomie, tandis que 124, soit 81,5 pour 100, étaient devenus Schick négatifs. La tonsillectomie semble donc avoir favorisé le développement d'une immunité humorale contre la diphtérie.

Quelques-uns de ces sujets (5 à 10 pour 100) auraient pu acquérir l'immunité même sans tonsillectomie. D'autre part, certains de ces enfants, après tonsillectomie, ont pu contracter une auto-infection bénigne insoupçonnée avec immunité consécutive: mais sur 100 cultures faites après tonsillectomie, une seule a donné des bacilles diphtériques, qui n'étaient pas virulents. Il est possible que la dose minime de toxine injectée pour la réaction de Schick ait stimulé la production d'antitoxine. Mais le fait n'a pas été observé à la suite d'autres opérations. D'après Hirszfeld, les infections autres que la diphtérie, non seulement produisent leurs anticorps spécifiques, mais encore augmentent la production d'anticorps vis-à-vis de la diphtérie: peut-être des infections se développant comme conséquence immédiate d'une tonsillectomie, surtout dans des milieux encombrés comme celui où ont observé les auteurs, ont-elles agi dans ce sens. De même, certains enfants vivant dans des quartiers encombrés ont pu contracter peu après la tonsillectomie une diphtérie bénigne et méconnue stimulant la production d'antitoxine diphtérique.

Geddie a en effet observé des résultats très différents dans la petite ville de Rochester, alors que Dudley a observé des résultats comparables dans une école encombrée.

Sans doute ceci ne doit pas conduire à recommander la tonsillectomie chez tous les enfants et il convient de rester formellement attaché à l'immunisation par la toxine-antitoxine ou l'anatoxine. Mais il est indiqué de recommander la tonsillectomie chez les enfants ayant des amygdales malades et, par ailleurs, sensibles au sérum de cheval. Enfin, il convient de pratiquer une réaction de Schick chez les enfants tonsillectomisés depuis six mois au moins avant de les immuniser activement contre la diphtérie par l'injection du mélange toxine-antitoxine ou de l'anatoxine.

L. Rivet.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

B. A. Houssay et **A. D. Marenzi** (Buenos-Aires). ***Physiologie des phénols*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome II, n° 7, Juillet 1931). — On sait que les protéines alimentaires et celles de l'organisme fournissent par hydrolyse certaines substances aromatiques qui, par l'action de divers germes de putréfaction (coli, etc.), donnent naissance, dans l'intestin, au phénol, au crésol, à la pyrocatéchine, à l'indoxyle. Ces corps sont résorbés et, dans l'organisme, s'oxydent partiellement ou se transforment, pour la plus grande partie, en dérivés sulfoconjugués correspondants et pour une petite partie en conjugués glycuroniques. Il existe dans l'urine et dans le sang des phénols à l'état libre et à l'état conjugué.

H. et M. se sont proposé de déterminer expérimentalement: 1° l'organe ou les organes régulateurs de la phénolémie, c'est-à-dire de la teneur du sang en phénol; 2° le ou les organes qui conjuguent le phénol libre.

Ils ont pratiqué dans ce but des dosages minutieux après injection intra-veineuse de phénol chez le chien normal ou après ablation d'organes importants.

Ces expériences les ont amenés à conclure que la disparition des phénols du sang est due aux reins; la sulfo-conjugaison est une fonction très générale, mais qui ne s'effectue rapidement qu'en présence de l'intestin grêle.

L. Rivet.

Télémaco Battisttini (Lima). ***La verrue péruvienne; sa transmission par le phlébotome*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome II, n° 7, Juillet 1931). — Townsend a établi en 1913-1914 que le vecteur de la verrue péruvienne était un insecte, le *phlebotomus verrucarum*. Mais ses conclusions furent contestées et certains auteurs pensèrent qu'il fallait incriminer une tique.

B., avec Arturo N. Sáinz, s'est proposé de prouver expérimentalement la transmission par les phlébotomes sur les singes inférieurs en les exposant à être piqués par ces diptères, dans le but d'isoler le *Bartonella bacilliformis* de leur sang ou de leurs viscères.

Il expose d'abord ses expériences de transmission de la verrue péruvienne au *Macacus rhesus* par la piqûre du *Phlebotomus verruearum*, puis comment

il put déceler l'agent pathogène dans le phlébotome vecteur; enfin, comme méthode indirecte de démonstration, il inocula des émulsions de phlébotomes au macaque rhésus, de façon à pratiquer une hémoculture afin d'obtenir la bartonelle. Ces expériences ont donné des résultats positifs, confirmant scientifiquement la théorie de Townsend. Ces recherches ont été depuis confirmées par d'autres auteurs (Noguchi, Shannon, Tildel et Tyler).

L. Rivet.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

F. M. Cadenat. ***La voie dorsale dans la réduction sanglante de la luxation subtotale rétro-lunaire récente*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXVII, n° 6, Juin 1931). — Dans la luxation subtotale rétro-lunaire, c'est la tête du grand os qui vient en arrière, le semi-lunaire étant plus ou moins refoulé en avant. Si la lésion est ancienne, l'extirpation doit être faite par la voie antérieure; mais si elle est récente, c'est par la voie dorsale que le semi-lunaire doit être non pas enlevé, mais simplement remis en place.

La main en extension est portée en adduction forcée. Sur la dépression due à la saillie sous-jacente du grand os et au vide laissé par le glissement en avant du semi-lunaire, on incise en suivant le bord externe du tendon extenseur de l'index. On pénètre alors dans une dépression limitée en dedans par les extenseurs de l'index, en dehors par celui du pouce, en bas par le deuxième radial; on rétracte les extenseurs encore plus en dedans que ne l'avait déjà obtenu la position d'adduction donnée à la main, et, sous eux, la capsule articulaire est incisée dans sa partie scapho-lunaire.

Dans les cas faciles, la corne du semi-lunaire peu déplacé est attirée avec une rugine, une spatule; dans les cas difficiles, le semi-lunaire énucléé sera refoulé par pression antérieure et, sa corne postérieure saisie par une pince, il sera possible de l'attirer et de le remettre à sa place.

Immobilisation en légère extension, mobilisation dès le sixième jour. Le massage est déconseillé. Suivent six observations favorables.

P. Grisel.

J. Leveuf et **Madeleine Odru.** ***La polypose colique diffuse*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXVII, n° 6, Juin 1931). — Observée pour la première fois par Menzel en 1721, c'est une affection à évolution fatale, de caractère familial, apparaissant dès la jeunesse, constituée par l'envahissement de la surface muqueuse du gros intestin en totalité, même parfois de l'intestin grêle, par de petits polypes souvent confluents, sessiles lorsqu'ils sont petits, pédiculés lorsqu'ils ont atteint un volume qui ne dépasse guère celui d'une cerise. Ce sont des adénomes; les glandes intestinales allongées et hypertrophiées, ramifiées, sont disposées autour d'un axe conjonctivo-vasculaire. L'épithélium est normal, les glandes présentent une dilatation kystique fréquente qui justifie le nom de *colitis polyposa cystica* donné par Virchow.

La polypose diffuse vraie ne comprend: ni les polypes uniques ou peu nombreux du gros intestin inférieur, ni ceux avoisinant les ulcères, rétrécissements et cancers, ni même les groupes de polypes disséminés séparés par de larges intervalles d'intestin sain. Ainsi définie, elle ne compte qu'une trentaine d'observations.

Le mémoire donne celle d'une jeune femme de 22 ans ayant pour seuls symptômes des crises douloureuses hypogastriques espacées, avec ténesme, soulagées par l'évacuation de selles sanglantes, et dans l'intervalle, des selles moulées, nageant dans un liquide brun rougeâtre hématique. Anémie forte consécutive, avec fièvre, aggravation progressive de l'état général, examen radiologique négatif. La rectoscopie seule montre les formations polypeuses, non pas dans le rectum qui est indemne, mais dans le sigmoïde. Le 5 Mars 1929, la laparotomie montre l'envahissement étendu du cæcum à l'anse sigmoïde où les lésions polypeuses semblent prédominer, et qui est extériorisée, puis réséquée peu après. Mort le 7 Mars. A l'autopsie, rien d'autre que la polypose du gros intestin, surtout marquée au niveau des côlons descendant et pelvien. Muqueuse saine entre les polypes, pas d'ulcérations. L'examen histologique est celui que nous avons déjà indiqué.

P. Grisel.

P. Mathieu. ***La résection arthroplastique de la hanche*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXVIII, n° 1, Juillet 1931). — L'historique montre que dès le début, depuis Lexer en 1908, les temps essentiels de cette arthroplastie, le modelage du col restant, l'abaissement du trochanter détaché pour tendre les muscles pelvi-trochantériens, s'étaient imposés à l'opérateur. Whitman en 1921 a décrit un procédé analogue, et celui dont M. donne ici la technique comprend les mêmes temps fondamentaux. Ce sont: la découverte de l'articulation par une incision antérieure entre couturier et *fascia lata*, avec une branche inférieure horizontale sectionnant le fascia pour donner le jour indispensable; la section du trochanter respectant les insertions des fessiers profonds; l'arthrotomie capsulaire en arbalète ne cherchant pas à respecter les ligaments; la résection de la tête; le modelage du col, ensuite recouvert d'un lambeau aponévrotique pris sur le fascia de l'autre cuisse, et replacé dans le cotyle; enfin, la réimplantation basse du trochanter.

Restent à préciser les indications de cette sérieuse opération. M. les trouve dans la possibilité de rendre une mobilité même légère, de 20 degrés, à une articulation ankylosée. Il n'y a pas trop à craindre de compenser ce peu de mobilité reconquise par un retour des douleurs. Les dangers de choc, d'infections sont reconnus, mais peuvent en somme être évités. L'essentiel est d'écarter tout malade chez qui la clinique et le laboratoire indiquent une sérieuse déficience de l'organisme. La polyarthrite généralisée, les processus inflammatoires mal définis constituent une contre-indication aussi formelle.

Les indications seront au contraire aisément trouvées: dans les séquelles des traumatismes, la pseudarthrose du col, la luxation traumatique non réduite; dans l'arthrite déformante douloureuse des malades par ailleurs encore résistants, ni trop âgés, ni trop jeunes; dans les ankyloses, dans les séquelles des arthrites aiguës de l'enfance.

M. a personnellement 6 observations d'arthroplastie. L'une pour arthrite déformante est encore trop récente; deux pour luxations pathologiques de l'enfance n'ont pas donné la mobilité espérée; une chez un adolescent atteint de *coxa vara* avec ankylose, n'a donné qu'une amélioration de l'attitude sans mobilité. Restent deux observations favorables, l'une de pseudarthrose du col chez une femme de 60 ans, l'autre d'arthrite déformante des deux hanches chez un homme de 53 ans, toutes deux données *in extenso*.

P. Grisel.

R. C. Monod et **J. Vuillième.** ***La maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXVIII, n° 1, Juillet 1931). — Ainsi nommée par Péan, en 1871, elle se reconnaît dès l'ouverture du péritoine par la présence de masses gélatiniformes localisées ou diffuses intra-péritonéales, et, de plus, sur la séreuse épaissie, rouge, cartonnée, par la présence de fines granulations ressemblant à des taches de bougie, à des grains de semoule, constituées par de petites cavités kystiques à contenu gélatiniforme.

Le diagnostic clinique est, par contre, presque impossible. L'affection reste méconnue par son indolence, ou bien est confondue avec l'appendicite lorsqu'elle est douloureuse, ou encore, dans sa forme localisée indolente, donne lieu à une erreur que la laparotomie même peut ne pas dissiper et qui conduit à la résection de l'intestin.

Cet envahissement péritonéal a deux origines reconnues:

1° La rupture ou la fissuration des tumeurs kystiques de type mucoïde de l'ovaire.

2° La perforation intra-péritonéale, d'un kyste muqueux, parfois très volumineux, de l'appendice. L'origine ovarienne n'est pas étudiée dans ce mémoire consacré à la forme appendiculaire.

L'observation est celle d'un homme de 42 ans, ayant eu déjà, il y a 8 jours, des douleurs iliaques droites, qui fut opéré le 28 Février 1930, 7 heures après le début d'une crise de type appendiculaire aigu, mais sans vomissement ni nausée. A l'ouverture, issue d'une matière gélatineuse en frai de grenouille, appendice rétro-cæcal énorme, méso-infiltré, gélatineux, péritoine rouge, cartonné, avec des granulations en grain de semoule. Résection, enfouissements, drain et mèches. Guérison, vérifiée un an plus tard.

Il y a deux théories pathogéniques:

L'une mécanique admet la rupture d'une mucocèle appendiculaire, la communication cæco-appendiculaire étant interrompue.

L'autre (Lejars) explique l'abondance de la prolifération myxomateuse, en présence d'un appendice non perforé ou de perforation microscopique, par l'issue de cellules épithéliales se greffant et se multipliant sur le péritoine, et devenant génératrices de mucus. La présence de ces cellules a été, dans deux cas ultérieurs, constatée par Michaelson.

L'examen complet de l'appendice, des granulations de sa face externe et d'un bourgeon charnu prélevé sur le péritoine par M. et V., ne corrobore pas la pathogénie invoquée par Lejars, puisqu'il ne montre pas de cellules épithéliales. Il est plutôt favorable à l'origine mécanique, puisqu'il établit qu'il existe en un point de la coupe de l'appendice une absence complète du revêtement épithélial qui met en contact direct le mucus appendiculaire et la musculeuse. Pour expliquer l'abondance de l'épanchement gélatiniforme, et la réaction péritonéale d'aspect ancien, il faut admettre que la perforation ne datait pas du matin même, mais de la première atteinte douloureuse datant de huit jours.

Il y aurait donc en définitive à reconnaître avec Michaelson deux types de la maladie gélatineuse d'origine appendiculaire:

L'une de pronostic bénin, sans greffe cellulaire.

L'autre avec greffes épithéliales, de pronostic plus réservé, bien qu'il ne s'agisse pas d'un processus malin, histologiquement parlant.

P. Grisel.

LYON MÉDICAL

A. Dumas. ***Les dénivellations tensionnelles équilibrées*** (*Lyon médical*, tome CXLVIII, n° 26, 28 Juin 1931). — A côté des différences de tension artérielle, portant uniquement sur la maxima ou la minima, il faut faire une place spéciale aux dénivellations tensionnelles équilibrées, c'est-à-dire celles où le décalage de la tension artérielle sur l'échelle tensionnelle ne trouble en rien les relations entre la maxima et la minima.

Cette distinction n'est pas purement théorique, ces faits relèvent d'une pathogénie spéciale et s'observent dans d'autres circonstances. Alors que les variations de la seule maxima appartiennent au facteur cardiaque, c'est du facteur périphérique

que relèvent les dénivellations tensionnelles équilibrées.

Parmi ces dénivellations, qu'elles se fassent en plus ou en moins, les unes sont en apparence spontanées, les autres sont imputables à une cause évidente.

Mises à part les causes physiologiques : digestion, effort, sommeil, douleur, les modifications en bloc de la tension artérielle s'observent surtout chez les hypertendus, chez les sujets faiblement hypertendus. Ces variations de pression se manifestent par des céphalées, des crampes douloureuses, des algies thoraciques ou abdominales, des accidents syncopaux ou vertigineux sous des influences qui ne peuvent pas toujours être précisées.

Cette instabilité tensionnelle se présente surtout chez les sujets en état de déséquilibre vagosympathique : basedowiens avérés ou sympathicotoniques purs ; les coliques hépatiques ou néphrétiques peuvent provoquer ces accidents. L'hypersécrétion surrénale ou l'excitation du splanchnique qui la provoque sont responsables des crises hypertensives.

D'autres dénivellations tensionnelles équilibrées sont imputables aux variations de la pression atmosphérique, aux variations climatiques ou saisonnières, à la fièvre, aux affections hépatiques, à certaines intoxications, aux radiations X ou γ, à la douleur, au trouble fonctionnel des émonctoires, à l'infarctus du myocarde, au tabes, etc. La tension moyenne varie comme ces dénivellations équilibrées et garde ses rapports avec la maxima et la minima.

Robert Clément.

C. Roubier, P. Delore et **Boucomont.** ***Néphrose lipoïdique observée pendant un an. Influence sur les œdèmes d'un régime sans graisses et sans hydrates de carbone*** (*Lyon médical*, tome CXLVIII, n° 30, 26 Juillet 1931). — Un homme de 58 ans, gros mangeur surtout de charcuterie, présenta une néphrose lipoïdique typique, avec à la fin de la maladie présence de cylindres urinaires. Les constatations histologiques montrèrent un certain degré de néphrite, îlots inflammatoires à lymphocytes avec sclérose interstitielle, des lésions vasculaires : endopériartérite. Pas d'imprégnation cholestérinique visible, pas d'amylose. Il existait une thrombose de la veine rénale d'un côté.

L'extrait thyroïdien, la théobromine, l'urée (10 gr. par jour), les irradiations ultraviolettes se sont montrés inopérants sur la diurèse, de même que le régime déchloruré ; seul le neptal provoqua une diurèse très transitoire.

Un régime comportant la suppression des hydrates de carbone sauf des pommes de terre, la suppression des graisses et des œufs, la suppression du sel avec administration large de viandes maigres, de lait écrémé et de légumes verts, provoqua une diminution considérable des œdèmes et du poids avec augmentation de la diurèse sans améliorer l'état général. A deux reprises, le régime eut la même action, mais le malade se lassant de le suivre finit par mourir après 18 mois de maladie et un an de traitement.

R., D. et B. se demandent quel rôle jouent les erreurs alimentaires dans le déterminisme de la néphrose lipoïdique et rapprochent cette affection du diabète, les troubles du métabolisme occupant la première place.

Robert Clément.

Pallasse, J. Dechaume et **Arnaud.** ***Lésions de la chaîne sympathique dans la maladie de Raynaud*** (*Lyon médical*, tome CXLVIII, n° 31, 2 Août 1931). — Chez une malade de 56 ans, présentant un début de gangrène au niveau du pied gauche et accusant des troubles circulatoires au niveau des extrémités des membres depuis un an et venue mourir d'asystolie, P. D. et A. ont prélevé les ganglions de la chaîne sympathique latéro-vertébrale, le ganglion cervical inférieur droit et le ganglion lombaire gauche. Dans les deux ganglions, l'examen histo-pathologique a montré quelques infiltrats lymphocytaires dans la gaine conjonctive au contact immédiat du ganglion, et au milieu des cellules ganglionnaires quelques nodules ou des traînées lymphoplasmocytaires. Au niveau des artères tibiales postérieure, pédieuse et collatérale d'un orteil gauche, on trouva une prolifération de l'endartère aboutissant presque à la disparition de la lumière vasculaire sans atteintes des autres tuniques. La médullaire surrénale montrait aussi des nodules lymphoplasmocytaires et des manchons périvasculaires.

Les lésions des ganglions sympathiques de la chaîne latéro-vertébrale, dans la région cervicale comme dans la région sacrée, permettent à P., D. et A. d'admettre que ce sont là les lésions primitives, causes des troubles vaso-moteurs observés. Pour eux, les lésions vasculaires observées, de caractère non inflammatoire, sont des lésions secondes consécutives à celles du ganglion sympathique.

Ces faits viennent à l'appui de la théorie nerveuse qui, cessant d'être purement fonctionnelle, reprendrait la première place devant la théorie vasculaire dans la pathogénie du syndrome de Raynaud.

Robert Clément.

G. Mouriquand. ***Le bruit de « pot fêlé » chez le nourrisson*** (*Lyon médical*, tome CXLVIII, n° 32, 9 Août 1931). — La percussion du thorax du nourrisson donne des résultats différents, suivant que celui-ci est en inspiration ou en expiration lorsque l'enfant est calme. Il est bon de savoir que la sonorité normale est plus forte en inspiration qu'en expiration et pratiquer la percussion des 2 côtés au même stade respiratoire. Il est bon même de la pratiquer systématiquement des 2 côtés en inspiration puis en expiration, cela peut donner des renseignements utiles.

Lorsque l'enfant crie, la percussion moyenne ou forte en avant comme en arrière donne un véritable bruit de « pot fêlé ». L'évolution et la radiographie montrent que ce serait une erreur profonde de croire ces enfants atteints de spélonques. C'est un signe observé chez les enfants normaux qui crient, alors qu'il n'existe pas chez les nourrissons atteints de cavernes que ne crient pas. Ce bruit anormal semble coïncider avec le passage de la colonne d'air expiré à travers la glotte qui vibre de façon particulière, du fait de la percussion thoracique.

Robert Clément.

M. Clavel. ***A propos du traitement curatif du tétanos aigu généralisé*** (*Lyon médical*, tome CXLVIII, n° 32, 9 Août 1931). — C. rapporte l'observation d'un cas de tétanos, survenu chez un enfant de 6 ans présentant une ulcération atone du talon.

La guérison fut obtenue par l'injection de doses massives de sérum antitétanique par voies multiples (intramusculaire, intraveineuse, perinerveuse). La plus importante de ces injections fut faite sous anesthésie générale, pour permettre le traitement local de la plaie et faciliter les piqûres mal supportées par l'enfant.

Avant d'agir sur le foyer d'infection, on injecta du sérum à distance autour de la plaie et dans la gaine du nerf principal, puis on excisa d'un seul coup de couteau, en bloc, comme une tumeur maligne la plaie porte d'entrée. Cette technique est la meilleure pour C. qui recommande de ne pas toucher, ni contusionner les tissus infectés autour de cette excision. L'épluchage ou l'excision par morcellement donne souvent une réaction violente du pouls et de la température et même une aggravation de la maladie que ne provoque pas l'exérèse en bloc.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

J. Froment. ***Contractures et hypertonies; ce qui caractérise et différencie leurs principaux types cliniques*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 275, 20 Juin 1931). — Le terme d'hypertonie est appliqué en neurologie à des états de tonicité musculaire très différents dans leur modalité et leur déterminisme. Il doit être réservé aux contractures organiques et on doit en exclure les contractures hystériques, autrefois confondues sous cette dénomination, qui en fait s'apparentent à la contraction volontaire et ne sont en somme que demi-simulation plus ou moins inconsciente.

Les définitions proposées de l' « hypertonie » sont très variées et il n'y a pas concordance entre le sens donné à ce mot dans le langage neurologique et la conception physiologique du tonus. « En fait, on dit qu'il y a hypertonie quand aux mouvements actifs ou passifs s'oppose une rigidité intempestive, quand le taux de la tonicité musculaire est anormalement élevé pour les circonstances considérées, quand les réactions toniques sont disproportionnées et semblent illogiques. » La dénomination d'hypertonie, appliquée à une contraction musculaire soutenue, proclame son caractère pathologique et affirme que celle-ci n'est ni consciemment ni inconsciemment volontaire.

On observe 3 variétés de contractures pyramidales : la contracture séquelle d'hémiplégie, celle de la paraplégie spastique type Erb et celle de la paraplégie en flexion type Babinski. Les contractures extra-pyramidales comme l'hypertonie parkinsonienne et celle de la maladie de Wilson sont très différentes des premières et diffèrent entre elles. Les contractures post-traumatiques d'ordre réflexe, celle consécutive à la lésion du nerf facial sont encore autant de modalités différentes.

Les diverses hypertonies ne s'apparentent guère, leur modalité, leur régime, leur déterminisme, et les perturbations des réflexes qui s'y associent diffèrent pour chacune d'elles. Les hypertonies sont des rigidités hétéroclytes liées à des perturbations de réflectivités fort diverses quant à leur siège, leur niveau ou leur régime ; ce qui est vrai pour l'une ne semble pas l'être pour l'autre et l'on peut se demander si « la conception de prétendus centres régulateurs du tonus correspond à la réalité ».

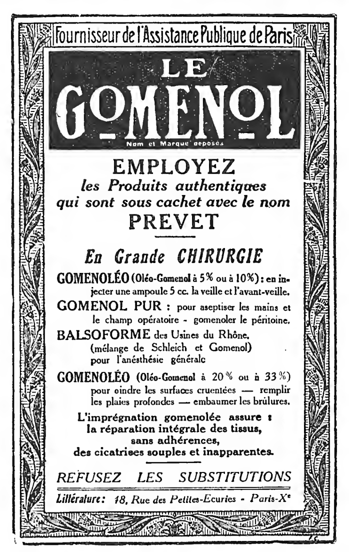
A ces hypertonies qui s'opposent par tant de leurs caractères ne peut convenir une thérapeutique médicale ou chirurgicale univoque : aux mêmes doses, la strychnine peut accentuer l'hypertonie pyramidale et atténuer l'hypertonie parkinsonienne. Pour chaque hypertonie, la médication sera question d'espèce.

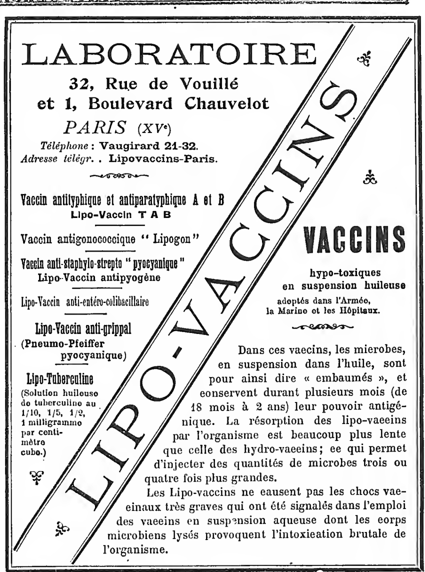
Robert Clément.

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CLIMATOLOGIE DE NICE

M. Mariau. ***Greffe ovarienne dans un sein ; seize ans après, développement d'un cancer au point d'implantation de la greffe*** (*Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine et de Climatologie de Nice*, tome LII, n° 5, Mai 1931). — Chez une femme de 30 ans présentant une forme sévère de maladie de Basedow, on greffa dans le sein gauche un peu en dessous et en dehors du mamelon un fragment d'ovaire emprunté à une autre femme. La greffe n'eut aucun effet ni sur le goitre ni sur l'aménorrhée totale existante. 16 ans après le sein augmente de volume et durcit. Le diagnostic de cancer du sein porté aboutit à l'exérèse totale et l'on peut constater que la tumeur était bien développée autour de la cicatrice laissée par la greffe, qu'il s'agissait d'un épithélioma alvéolaire du sein à cellules atypiques in-


Marque déposée
Solmines
Wuhrlin
Hondouville
des compresses qui ne collent pas
Les "SOLMINES WUHRLIN", compresses de tulle vaseliné aseptique, ne collent pas aux plaies; s'enlèvent facilement lors des pansements et, par suite, facilitent la cicatrisation. Les "SOLMINES WUHRLIN" sont le pansement idéal des brûlures qu'elles maintiennent à l'abri de l'air en procurant un soulagement immédiat.
Se font "Neutres", "Baume du Pérou", "Vioforme", "Dermatol", "Airol", "Xéroforme", "Acide Picrique".
Bien spécifier "Neutres" ou l'antiseptique.
Solmines Wuhrlin
Pour Échantillons et Littérature, s'adresser : LABORATOIRES WUHRLIN Hondouville Eure (FRANCE)
HAVAS


Fournisseur de l'Assistance Publique de Paris
LE GOMENOL
Nom et Marque déposés
EMPLOYEZ
les Produits authentiques
qui sont sous cachet avec le nom
PREVET
En Grande CHIRURGIE
GOMENOLÉO (Oléo-Gomenol à 5% ou à 10%) : en injecter une ampoule 5 cc. la veille et l'avant-veille.
GOMENOL PUR : pour aseptiser les mains et le champ opératoire - gomenoler le péritoine.
BALSOFORME des Usines du Rhône. (mélange de Schleich et Gomenol) pour l'anesthésie générale
GOMENOLÉO (Oléo-Gomenol à 20% ou à 33%) pour oindre les surfaces cruentées — remplir les plaies profondes — embaumer les brûlures.
L'imprégnation gomenolée assure : la réparation intégrale des tissus, sans adhérences, des cicatrices souples et inapparentes.
REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS
Littérature : 18, Rue des Petites-Écuries - Paris-X


LABORATOIRE
32, Rue de Vouillé
et 1, Boulevard Chauvelot
PARIS (XVe)
Téléphone : Vaugirard 21-32.
Adresse télégr. . Lipovaccins-Paris.
LIPO-VACCINS
Vaccin antityphique et antiparatyphique A et B
Lipo-Vaccin T A B
Vaccin antigonococcique "Lipogon"
Vaccin anti-staphylo-strepto "pyocyanique"
Lipo-Vaccin antipyogène
Lipo-Vaccin anti-entéro-colibacillaire
Lipo-Vaccin anti-grippal
(Pneumo-Pfeiffer pyocyanique)
Lipo-Tuberculine
(Solution huileuse de tuberculine au 1/10, 1/5, 1/2, 1 milligramme par centimètre cube.)
VACCINS
hypo-toxiques
en suspension huileuse
adoptés dans l'Armée, la Marine et les Hôpitaux.
Dans ces vaccins, les microbes, en suspension dans l'huile, sont pour ainsi dire « embaumés », et conservent durant plusieurs mois (de 18 mois à 2 ans) leur pouvoir antigénique. La résorption des lipo-vaccins par l'organisme est beaucoup plus lente que celle des hydro-vaccins; ce qui permet d'injecter des quantités de microbes trois ou quatre fois plus grandes.
Les Lipo-vaccins ne causent pas les chocs vaccinaux très graves qui ont été signalés dans l'emploi des vaccins en suspension aqueuse dont les corps microbiens lysés provoquent l'intoxication brutale de l'organisme.


LABORATOIRES du Docteur TISSOT
34 Boulevard de Clichy PARIS - 18e
USINE à St-Rémy-lès-Chevreuse (S.-et-O.)
Reg. du Com. 169,672
RÉALISENT
le Véritable Traitement de l'irritation et de l'infection intestinales
L'activation d'un Charbon médicinal tient autant à sa forme qu'à sa pureté. (La Dépêche Médicale)
GRAINS ANISÉS
CHARBON TISSOT
FORME PARFAITE DU CHARBON DE PEUPLIER
Activés - Agglomérés au gluten - Aromatisés à l'anis
AGISSENT
par leur forme — par leur volume (division du bol digestif et fécal) — par leur arome (anis) — par leur agglomération (gluten mucogène).
Suppriment les Causes de la Constipation
Hg vif superactivé par le foie n'a aucun des inconvénients des sels mercuriaux ou des arsenobenzols
Pas de phénomènes de shock ou d'intolérance.
Aucun inconvénient des sels
LES SUPPARGYRES du Dr FAUCHER
Réalisent la Superactivation de Hg vif
C'est l'injection intra-veineuse par Voie Rectale tolérée à tous les âges sous la forme simple d'un médicament simple et connu.
ABSORPTION RAPIDE VITALISATION PAR LE FOIE
JAMAIS D'INTOLÉRANCE, même chez les nourrissons, les enfants et les femmes

filtrant massivement le tissu conjonctif et encerclé de bandes de sclérose.

Il ne s'agit pas d'un cancer de l'ovaire développé dans le sein, les recherches minutieuses n'ont montré ni dans la tumeur, ni dans les ganglions, aucun élément rappelant de près ou de loin le tissu ovarien. L'hypothèse la plus vraisemblable est qu'il s'agit d'un cancer développé au niveau d'une cicatrice comme cela est fréquent.

Cette observation renferme une leçon de prudence et montre une fois de plus que les greffes doivent être pratiquées dans les milieux qui se rapprochent le plus de ceux où les greffons ont été prélevés, et non dans des tissus différents de structure et fonctionnellement antagonistes.

Robert Clément.

TOULOUSE MÉDICAL

J. Fabre. *Les intradermo-réactions dans le chancre simple, la blennorragie et la lymphogranulomatose inguinale* (*Toulouse Médical*, tome XXXII, n° 13, 1er Juillet 1931). — Cet article est une analyse du travail publié par Ed. de Gregorio et G. Serrano, dans les *Acta dermo-syphiligrafica* de 1931.

De nombreuses expériences ont montré que l'on peut mettre en évidence l'allergie cutanée représentant la réaction de la peau, chez un organisme sensibilisé à un antigène.

L'intradermo-réaction de Ito, parfaitement étudiée aujourd'hui, est spécifique du chancre simple et de son bubon, elle prouve que l'allergie produite par le bacille de Ducrey dure assez longtemps après la guérison de la maladie. La technique est facile, on utilise comme antigène un extrait aqueux de bacilles desséchés ou un produit soluble, obtenu par culture du bacille en milieu liquide et une émulsion de bacilles morts. L'interprétation des résultats peut être difficile dans les cas faiblement positifs ou douteux, dus probablement à une sensibilisation de l'organisme vis-à-vis d'une protéine étrangère. Ces cas doivent donc être considérés comme négatifs au point de vue diagnostic. Il faut songer aussi en cas de réaction positive à la possibilité d'une lésion chancrelleuse ancienne dont l'intradermoréaction est le témoin, celle-ci n'ayant aucun rapport avec la lésion actuelle.

Au cours de la blennorragie, l'intradermo-réaction de Bruck est spécifique; mais elle ne saurait servir au diagnostic parce qu'inconstante dans son intensité, très variable, d'interprétation difficile et absente dans un grand nombre de cas.

L'intradermo-réaction de Frei facilite au contraire considérablement le diagnostic de la poradénite inguinale. Elle a une valeur absolue lorsqu'elle est intense; au contraire, les réactions moins positives ou douteuses peuvent se voir chez des malades porteurs d'adénopathies syphilitiques ou chancrelleuses, elles perdent donc de leur valeur et exigent beaucoup de prudence dans leur interprétation.

Robert Clément.

MAROC MÉDICAL
(Casablanca)

Lépinay. *Deux cas de maladie de Nicolas-Favre traités et guéris par la chrysothérapie* (*Maroc médical*, n° 110, 15 Août 1931). — Parmi les procédés thérapeutiques utilisés contre la lymphogranulomatose inguinale, 2 seulement sont recommandés: la radiothérapie et l'exérèse chirurgicale partielle. Les autres traitements: injections de sels de cuivre, d'émétine, d'antimoine, d'iode, etc. se sont montrés inefficaces.

L. rapporte l'observation de 2 malades atteints cliniquement de maladie de Nicolas (l'intradermo-réaction de Frei n'a pu être pratiquée) et chez lesquels il institua un traitement par les injections intramusculaires de sels d'or.

Dès les premières injections, les ganglions ramollis s'affaissent, la fosse iliaque se libère, les trajets fistuleux se ferment et les malades sortent guéris, le premier après avoir reçu 8 injections, le deuxième après 5 injections (dose maxima 25 centigr.).

R. Burnier.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION
(Paris)

Chantriot. *Le problème thérapeutique de la lambliase* (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, tome XXI, n° 5, Mai 1931). — Malgré le nombre considérable des lambliases méconnues au Levant, cette affection est beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose généralement. La statistique des cas diagnostiqués est élevée et se place immédiatement après celle de l'amibiase. D'ailleurs, les manifestations cliniques de l'affection se superposent à celles de l'amibiase, et c'est ce qui fait que les praticiens ont une tendance à ne poser que le diagnostic d'amibiase chez des sujets de retour des colonies.

Il convient de signaler la fréquence des phases coprologiques négatives persistantes.

La thérapeutique s'inspirera de la physiopathologie du parasite: le réceptacle des parasites à l'état saprophyte semblant être le plus souvent la vésicule biliaire, on instituera avant tout un traitement agissant sur les voies biliaires extrinsèques et la glande hépatique. Ce traitement sera prolongé. Ses termes essentiels sont: 1° drainage médical intense et répété des voies biliaires par les cholagogues et antiseptiques usuels; 2° l'emploi simultané et prolongé de la limonade ou potion chlorhydrique du Codex, pour neutraliser l'action favorable de l'alcalinité du liquide duodéno-biliaire sur les Gardies (surtout pas d'eau de Vichy à la période aiguë); 3° emploi de l'arsémétine, qui donne de brillants résultats antiparasitaires, à la suite de son introduction par voie hypodermique; 4° régime alimentaire (les choux et les carottes sont à conseiller).

L'arsémétine donne des résultats favorables dans la majorité des formes, même associées. Son efficacité est remarquable, tant au point de vue de la rapidité de l'action thérapeutique, que de la solidité des résultats.

L. Rivet.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

A.-B. Marfan (Paris). ***Diagnostic des vomissements périodiques avec acétonémie et des vomissements à rechute par sténose duodénale*** (*Archives de médecine des enfants*, tome XXXIV, n° 7, Juillet 1931). — Une théorie récente, soutenue en particulier par M. Camera (de Tunis), attribue les vomissements périodiques de l'enfance à une forme spéciale de sténose du duodénum. M. montre dans cet article que les vomissements à rechute par sténose duodénale, constituent un état morbide particulier nettement distinct des vomissements précédés et accompagnés d'acétonémie. Néanmoins en présence de tout enfant qui a des accès de vomissements, on devra désormais rechercher si ces accès ne sont pas dus à une sténose duodénale, d'autant plus que dans ce dernier cas une certaine acétonémie peut être constatée, mais elle est inconstante, tardive et légère.

M. décrit avec soin les symptômes qui doivent faire songer à une sténose duodénale. Un tympanisme accusé de la région gastrique et sous-hépatique, des mouvements péristaltiques à travers la paroi de cette région sont propres aux sténoses duodénales. On doit également y penser si le sujet est notablement soulagé par la position génu-pectorale ou si dans l'intervalle des accès il existe certains troubles dyspeptiques: anorexie, douleurs sus-ombilicales, constipation, fatigue, dénutrition

Si un des symptômes précités fait soupçonner une sténose duodénale, on procédera à un examen radiologique. Dans l'intervalle des accès, s'il existe une sténose, l'estomac paraît dilaté, abaissé, renfermant souvent une assez grande quantité de liquide. Au-dessous et à droite de la cavité gastrique on voit une seconde poche qui correspond aux premières portions dilatées du duodénum. La baryte ingérée s'évacue tardivement et elle s'arrête plus ou moins complètement à la troisième portion du duodénum où l'on aperçoit une dépression nette et brusque.

Si l'examen pratiqué dans l'intervalle des accès est négatif, on s'efforcera d'y procéder pendant la crise même et l'on pourra constater de vifs mouvements péristaltiques et antipéristaltiques des parois gastriques et duodénales (cas de P. Duval et J.-Ch. Roux). Mais cet examen en pleine crise, très pénible, n'est pas toujours possible.

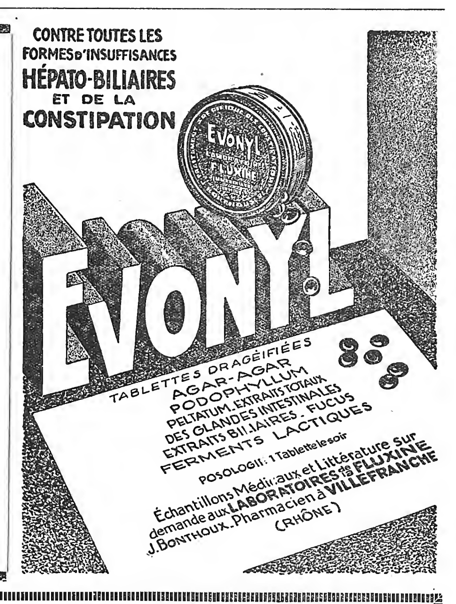
Lorsque les examens clinique et radioscopique permettent de poser le diagnostic de sténose duodénale véritable, on sera amené à envisager une intervention chirurgicale, mais on n'acceptera cette dernière que si les accidents présentent une gravité considérable et paraissent mettre en danger la vie du malade.

G. Schreiber.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE
(Paris)

L. Brouha et H. Hinglais. *Le diagnostic de la grossesse par la réaction de Brouha-Hinglais-Simonnet* (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XXIV, n° 1, Juillet 1931). — B. et H. ont signalé antérieurement l'intérêt que pouvait présenter, pour poser le diagnostic de la gestation, l'action toute particulière qu'exerce l'urine des femmes enceintes sur le tactus génital des souriceaux mâles. Dans le présent article, ils apportent quelques conclusions d'ordre immédiatement pratique, relatives à l'application courante de cette méthode. Le choix des souriceaux est un facteur absolument essentiel dont dépend toute la valeur des résultats. Pour motiver le choix, ils ont étudié l'évolution de la puberté chez les souriceaux mâles: chez le souriceau mâle, la sécrétion testiculaire a, pour témoin de son activité, le développement progressif de certaines glandes accessoires communément désignées sous le nom de « vésicules séminales » et l'on peut, donc, en suivant la croissance de ces glandes, suivre l'installation de la puberté et juger de l'état de maturité sexuelle plus ou moins avancé des animaux. B. et H. se sont appliqués à peser les vésicules séminales d'un grand nombre de souriceaux, prélevés dans un élevage rigoureusement suivi. En procédant ainsi, ils ont vu que la puberté se déclanche, chez le plus grand nombres des animaux, entre la cinquième et la sixième semaine, aux environs du trente-huitième jour. L'âge leur est, donc, apparu comme un critérium extrêmement sûr pour le choix des animaux. La seule connaissance du poids corporel n'offre pas les mêmes garanties, car ils n'ont pas trouvé, entre le poids des souriceaux et leur âge, aucune relation bien nette; il n'existe, donc, aucune relation certaine entre le poids des souriceaux et le poids de leurs vésicules séminales.

B. et H. ont alors étudié le poids des vésicules séminales des souriceaux ayant reçu des injec-



CONTRE TOUTES LES
FORMES D'INSUFFISANCES
HÉPATO-BILIAIRES
ET DE LA
CONSTIPATION
EVONYL
TABLETTES DRAGÉIFIÉES
AGAR-AGAR
PODOPHYLLUM
PELTATUM. EXTRAITS TOTAUX
DES GLANDES INTESTINALES
EXTRAITS BILIAIRES. FUCUS
FERMENTS LACTIQUES
POSOLOGIE: 1 Tablette le soir
Échantillons Médicaux et Littérature sur
demande aux LABORATOIRES de la FLUXINE
J. BONTHOUX. Pharmacien à VILLEFRANCHE
(RHÔNE)

tions d'urine de femmes non enceintes normales: ils n'ont trouvé, sur les 310 animaux examinés, aucun animal qui présentât les caractères de la puberté. Ils ont ensuite examiné les poids observés chez des animaux ayant reçu des injections d'urine de femmes non enceintes malades: il s'agissait de femmes atteintes d'affections gynécologiques diverses, ayant dans la plupart des cas fait croire à la possibilité d'une grossesse. B. et H. n'ont obtenu aucun résultat pouvant faire croire à l'existence d'une grossesse ou ayant même laissé le champ à une interprétation douteuse. Enfin, les poids des vésicules séminales de souriceaux ayant reçu des injections d'urine de femmes enceintes leur ont donné des hypertrophies constantes.

Peut-on réduire la durée de l'expérience? Le facteur de temps est un facteur essentiel: la réaction commence à se manifester 48 heures en moyenne après le début du traitement et le développement des vésicules se fait ensuite de façon très progressive. Au bout de huit à dix jours, le développement est tel que la réponse ne peut plus être douteuse. Un opérateur habitué peut, cependant, répondre plus tôt, si l'on emploie des souriceaux en élevage rigoureusement organisé.

Dès la fécondation, la réaction devient très rapidement positive. Après l'accouchement, elle s'efface progressivement en quelques jours, et devient négative entre le quatrième et le huitième jour. Il en est de même après expulsion du placenta et du fœtus, en cas de grossesse interrompue par un avortement. Lorsque le fœtus meurt *in utero* et s'y trouve retenu, la réaction devient négative après un délai très variable. La disparition de l'hormone dans les urines n'est pas en effet le témoin de la mort du fœtus: elle est le témoin de la mort du placenta. Or, si dans certains cas les deux phénomènes se suivent d'assez près, il arrive, également, de façon assez fréquente, que les éléments plasmodiaux survivent plus ou moins longtemps au fœtus. Lorsqu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine, la réaction apparaît dès le début comme s'il s'agissait d'une grossesse normale et reste positive aussi longtemps que la grossesse est en évolution ou, plus exactement, même après la mort du fœtus, aussi longtemps que subsistent des éléments encore actifs de l'épithélium chorial.

Le relation entre l'activité de l'épithélium du chorion et la présence de l'hormone s'accuse particulièrement en cas de môle hydatiforme et la réaction biologique acquiert dans ces circonstances un intérêt tout particulier. Elle est en effet positive comme s'il s'agissait d'une grossesse aussi longtemps que la môle est vivante. Si la môle est très active, l'hormone apparaît dans les urines en quantité beaucoup plus forte que pendant une grossesse. Dans ce cas, après la mort de la môle, ou après son expulsion, on constate que la réaction reste positive plus longtemps qu'après une grossesse et d'autant plus longtemps que la môle était plus envahissante. Si la disparition de l'hormone tarde anormalement à se produire, et surtout si après avoir été négative la réaction devient à nouveau positive, on doit songer (après avoir écarté l'éventualité d'une nouvelle grossesse) à une séquelle maligne de la môle.

HENRI VIGNES.

REVUE NEUROLOGIQUE (Paris)

H. Marcus. ***La névralgie du phrénique*** (*Revue Neurologique*, 38e année, tome II, no 1, Juillet 1931). — Le nerf phrénique, quoique ait pu en penser Oppenheim, est bien un nerf mixte, comme le montre l'existence de ses rameaux péritonéaux, pleuraux et péricardiques. Toutefois, les névralgies du phrénique sont indiscutablement rares. Elles peuvent être d'origine traumatique, telle qu'une fracture de la clavicule comprimant le nerf; être la conséquence d'une irritation périphérique, péritonéale, pulmonaire ou pleurale (tuberculose), ou d'une compression médiastinale (anévrysme, adénopathie, tumeur, etc.).

A côté de ces névralgies symptomatiques, existent des algies idiopathiques d'origine indéterminée.

M. en rapporte 6 observations, dont 3 provenant de médecins qui en étaient atteints: la première qui fut le point de départ du travail de Falot en 1866, celles de Medin et de M. lui-même.

La douleur est le plus souvent unilatérale et occupe le côté gauche. Elle siège sur tout le trajet du nerf, du cou à la base du thorax. Des points douloureux spontanés ou provoqués par la pression existent à la partie interne du creux sus-claviculaire, au niveau des insertions antérieures et postérieures du diaphragme, et tout le long de la cage thoracique près de la ligne médiane. Ce sont des douleurs parfois très vives, comme des coups de couteau suivant le trajet du nerf, entraînant une respiration courte et superficielle, et de l'angoisse.

Les douleurs irradiées à l'épaule, qui peuvent se prolonger dans tout le membre, sont particulièrement fréquentes et précèdent même parfois les douleurs diaphragmatiques (Foerster).

Un signe d'irritation du phrénique, le hoquet, est fréquent. Deux cas se trouvaient compliqués en outre de douleurs occupant les nerfs dont les origines voisinent avec celles du phrénique (C^3 C^4). La région scapulaire et cervicale droite était même dans un cas le siège d'une éruption zostérienne, si bien que l'on peut se demander si la névralgie phrénique n'était pas aussi la conséquence d'un zona de ce nerf.

Quant aux douleurs viscérales, envisagées soit comme des douleurs irradiées dans les branches viscérales du nerf, soit comme des « referred pain » au sens de Head, elles sont à peu près constantes. Douleurs abdominales ou thoraciques simulant l'angor, douleur le long du trajet œsophagien, douleurs à la déglutition provoquées particulièrement par l'ingestion de boissons froides ou glacées, douleurs cardiaques avec tachycardie.

La névralgie du phrénique comme toutes les autres est sujette à des améliorations avec reprise ultérieure.

M. rapporte en outre un cas, où 10 ans après le début de la névralgie apparut une hémiplégie avec hémianesthésie d'origine centrale. M. se demande à ce propos si, dans le cas présent et dans d'autres, des algies périphériques ne peuvent être liées à une lésion centrale, de la couche optique en particulier.

H. SCHAEFFER.

LE SANG (Paris)

N. Fiessinger, Ph. Decourt et **C. M. Laur.** ***Les anémies hémolytiques aiguës*** (*Le Sang*, tome V, no 3, 1931, p. 257). — Les auteurs présentent une observation personnelle et en rappellent 6 de Lederer, au sujet desquelles ils discutent l'autonomie d'un groupe spécial d'anémies, les anémies hémolytiques aiguës. Ils leur reconnaissent les caractères suivants: cliniquement, après une très courte période d'incubation, apparition très rapide d'une anémie intense, sans grande hémorragie. Il existe un ictère peu accentué ou mieux un subictère avec urobilinurie, une fièvre légère; la rate est hypertrophiée. Au point de vue hématologique, chute rapide et importante du nombre des hématies, légère leucocytose avec polynucléose, et surtout deux stigmates caractéristiques: augmentation des réticulocytes, diminution de la résistance des hématies déplasmatisées. Deux caractères contribuent encore à individualiser ces anémies: tout d'abord aucune cause ne peut être retrouvée à leur origine, d'autre part l'évolution en est rapide, et la guérison facile et complète, par les transfusions ou l'hépatothérapie. La caractéristique la plus nette en est assurément la brusquerie d'apparition et la durée fugace, qui leur fait appliquer par les auteurs le terme pittoresque « d'anémies en coup d'archet ».

Elles paraissent très voisines de l'ictère hémolytique acquis et de la splénomégalie hémolytique de Banti. Mais dans la première de ces affections, l'ictère est au premier plan, et de longue évolution, et dans les ictères hémolytiques aigus acquis, on retrouve toujours une intoxication ou une infection déterminante. Dans la splénomégalie hémolytique, si l'anémie est intense et l'ictère peu marqué, l'évolution reste chronique.

A. ESCALIER.

R. Mach. ***Le traitement de l'anémie pernicieuse par le placenta*** (*Le Sang*, tome V, no 3, 1931, page 299). — Tentative de traitement de l'anémie pernicieuse par le placenta, dans deux cas. On a obtenu une amélioration avec légère réaction réticulocytaire et augmentation du nombre des hématies. Les malades avaient reçu 150 à 200 gr. de placenta humain non pathologique, chaque jour. L'administration se fait comme pour le traitement au foie.

A. ESCALIER.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Nemours, Perrot et **Crocquefer.** ***Plasmo-sarcome du maxillaire supérieur*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIII, no 8, Août 1931). — Les tumeurs plasmocytaires sont des tumeurs très rares. Wright et Christian en ont groupé 6 cas. Elles sont souvent d'un diagnostic histologique difficile parce qu'il existe un mélange de prémyélocytes et de plasmocytes. Les auteurs rapportent un cas intéressant de plasmosarcome qui occupait le maxillaire supérieur. Celui-ci était creusé par une cavité remplie de sang et en partie cloisonnée par de minces lamelles osseuses. En arrière, existait une masse de fongosités, d'aspect encéphaloïde, grosse comme le chapeau d'un champignon. Le tissu osseux limitant de toutes parts la cavité semblait parfaitement sain. Après intervention, traitement radiothérapique, pas de récidive dix-huit mois après.

La tumeur avait une structure homogène. Les cellules étaient du type plasmocytaire, sans prémyélocytes. Beaucoup étaient monstrueuses; si bien que malgré l'absence des métastases, mais étant donné la nature infiltrante et destructive de la tumeur, les auteurs la rangent parmi les plasmosarcomes et non parmi les plasmocytomes.

Du point de vue pratique, importance du diagnostic précoce; car une exérèse aussi complète que possible suivie par une radiothérapie pénétrante énergique peuvent seules guérir une tumeur aussi maligne.

C. RUPPE.

R. Rabut et **C. Ruppe.** ***A propos d'un cas de dermatite polymorphe à début buccal prolongé*** (*Revue de Stomatologie*, t. XXXIII, no 8, Août 1931). — R. et R. attirent l'attention sur les cas de maladies vésiculeuses: hydroa vésiculeux récidivant, pemphigus et dermatite polymorphe, qui peuvent rester pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois, des maladies purement muqueuses. Leur malade voyait apparaître sur sa muqueuse buccale des petites bulles qu'elle comparait à des « pépins de raisin » et qui devenaient des plaques blanches recouvertes d'une peau épaisse, comme une « peau de lait ».

Ce n'est qu'au bout de quatre mois, que les élé-


MICTASOL

ments cutanés ont apparu, donnant la signature de la maladie de Brocq-Duhring.

Dans la bouche, le diagnostic de la lésion élémentaire est très difficile, parce que les vésicules ont une durée éphémère et que rapidement elles deviennent une érosion diphtéroïde. Il faut donc patiemment observer son malade pour saisir, à l'occasion, la bulle ou la vésicule révélatrice de la vraie nature de la maladie et pratiquer une numération globulaire, puisqu'elle permet de soupçonner la dermatite polymorphe, grâce à l'éosinophilie.

C. Ruppe.

IL MORGAGNI
(Naples)

G. Colucci. ***Valeur de l'autohémothérapie dans les maladies mentales*** (*Il Morgagni*, tome LXXIII, n° 27, 5 Juillet 1931). — C. a traité par l'autohémothérapie 65 malades atteints d'affections mentales diverses; le traitement a comporté 20 injections en général, à la dose de 10 à 20 cmc, avec un intervalle de trois jours au moins entre chaque injection. Les résultats ont été très bons dans les psychoses confusionnelles aiguës, post-infectieuses ou autotoxiques: sur 39 malades, 31 ont été renvoyés chez eux, avec un état psychique normal et une condition physique très améliorée. Des résultats ont été obtenus également, mais moins régulièrement, dans les syndromes de dépression (4 sur 10) et dans les états d'excitation maniaque (4 sur 9). Les résultats ont été rares et peu nets dans la démence paranoïde (1 sur 4) et la psychasténie (1 sur 3). L'autohémothérapie est donc à conseiller dans les psychoses confusionnelles aiguës et à un moindre degré dans les états maniaques et dépressifs.

Le mode d'action de l'autohémothérapie en pareil cas est encore difficile à interpréter. Chez quelques malades seulement, les injections ont déterminé une élévation inconstante de la température à 38°-39°, et, fait particulier, en contradiction avec les recherches antérieures, la pression sanguine s'est élevée constamment dans les vingt-quatre heures qui suivirent les injections.

L. Rouquès.

G. Perrotti. ***Recherches expérimentales sur la régénération du pancréas*** (*Il Morgagni*, tome LXXIII, n° 28, 12 Juillet 1931). — Pour étudier le processus de régénération du pancréas, P. a réséqué, chez des chiens adultes, la tête et la queue de l'organe, c'est-à-dire les parties pourvues d'un méso, ne laissant que le corps qui adhère au duodénum, contient les canaux excréteurs et représente environ le tiers de la glande. Les chiens, rétablis au bout de deux jours, ne présentèrent ni glycosurie ni modifications de la glycémie; ils furent sacrifiés dans un délai de huit à cent jours après l'opération.

Au bout de huit jours, on observe dans la zone voisine du point de section, un processus de régénération de l'épithélium avec de nombreuses mitoses dans les cellules des *acini* et des *tubuli;* les îlots de Langerhans ne sont pas visibles; ils ont probablement pris la morphologie d'*acini;* à distance de la section, il n'y a pas de processus régénératif ni de modifications du rapport des nombres des *acini* et des îlots. Vers le 15e jour, la régénération des épithéliums glandulaires reste active et commence à s'orienter: au milieu du tissu conjonctif, des bourgeons épithéliaux tendent à former des *acini* et des *tubuli*. Vers le 50e jour, le processus régénératif diminue; il est presque nul le 64e et disparaît complètement le 90e. A partir du 50e jour, le rapport entre les éléments endocrines et exocrines commence à redevenir normal, tandis que les éléments conjonctifs néoformés encerclent certains des *acini* reconstitués et peuvent aboutir à leur atrophie; aussi, en définitive, il semble que le processus régénératif n'aboutit pas à l'augmentation de la masse du tissu glandulaire; il n'a pour effet que de compenser, pendant les premiers moments, la destruction d'une partie de la glande.

L. Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

S. Frazzetto. ***Contribution à l'étude des localisations viscérales du bacille d'Eberth*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, tome LII, n° 25, 21 Juin 1931). — F. rapporte une observation d'appendicite nécrotique avec hépatite suppurée au cours d'une fièvre typhoïde, remarquable par le caractère fruste de la symptomatologie. Un malade de 17 ans présente une fièvre intermittente, puis rémittente avec frissons et sueurs, des douleurs abdominales diffuses et de la constipation. A l'examen, on note une défense abdominale avec deux ébauches de plastron, l'un dans la fosse iliaque droite, l'autre dans la région colique gauche; la rate déborde le rebord costal d'un travers de doigt; l'examen de sang montre de la leucocytose avec anémie. Ce n'est qu'à la quatrième semaine que l'hémoculture devient positive au bacille d'Eberth. Dans les derniers jours, le tableau clinique est plus typique: augmentation de volume du foie, subictère, syndrome péritonéal net. La mort survient au bout d'un mois et demi. A l'autopsie, F. a trouvé une appendicite nécrotique avec péritonite diffuse et de gros abcès intra-hépatiques dont le point de départ biliaire ne peut être affirmé; des lésions en voie de guérison, mais indiscutables des plaques de Peyer démontrent la réalité de la fièvre typhoïde. L'appendice était englobé dans de nombreuses adhérences, ce qui explique la longue durée de l'évolution.

L. Rouquès.

M. Testolin. ***Quelques causes d'erreur possibles dans l'examen fonctionnel des reins avec la phénolsulfophtaléine*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, tome LII, n° 27, 5 Juillet 1931). — D'après les recherches de T., certains éléments normaux ou pathologiques de l'urine peuvent fausser les résultats de l'épreuve de la P. S. P.: l'albumine, le sang, les pigments biliaires, l'urobiline et les pigments normaux de l'urine; tous, sauf l'albumine, donnent à l'urine contenant de la P. S. P. et rendu alcaline, une coloration rouge différente de la teinte rouge violet de la solution de P. S. P. qui sert d'étalon; la comparaison colorimétrique devient difficile, une partie de la P. S. P. est masquée et l'erreur peut dépasser 10 pour 100. L'emploi de la méthode de Bruwel et Jones (précipitation des pigments biliaires et de l'hémoglobine par une solution alcoolique saturée d'acétate de zinc) rend l'erreur négligeable. Cependant, T. croit utile de mesurer en outre la quantité de P. S. P. masquée par l'urine; immédiatement avant d'injecter la P. S. P. au malade, on le fait uriner; on ajoute à l'urine une quantité connue de P. S. P., on fait un dosage colorimétrique; la différence entre le chiffre trouvé et le chiffre calculé théoriquement indique la perte; on rectifie en conséquence le pourcentage obtenu au cours de l'épreuve.

L. Rouquès.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA
(Naples)

G. Curti. ***La réaction de Takata-Ara dans le liquide céphalo-rachidien*** (*Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia*, tome XII, n° 11, 15 Juin 1931). — C. donne le résultat de 243 réactions de Takata-Ara, faites avec les liquides céphalorachidiens de malades atteints d'affections nerveuses variées. La réaction est presque constamment positive avec le type I dans les maladies méta-syphilitiques et avec le type II dans les diverses méningites; mais sa spécificité est loin d'être absolue; c'est ainsi que C. a observé des réactions du type I dans l'artériosclérose et les tumeurs cérébrales, la démence précoce, les syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques, etc., et des réactions du type II dans la démence précoce, les polynévrites, les tumeurs cérébrales.

Il y a un certain parallélisme entre la réaction de Takata-Ara et celles de Wassermann, du benjoin colloïdal, de la gomme mastic et surtout celle de Weichbrodt dont le mécanisme se rapproche d'ailleurs du sien. La conclusion de C. est que la réaction de Takata-Ara ne présente pas d'avantages qui puissent la faire préférer aux autres réactions, ni la faire entrer dans la pratique courante.

L. Rouquès.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA
(Florence)

D. Vettori. ***La glycémie dans les états d'hypertension intracranienne*** (*Rivista di Clinica Medica*, tome XXXII, n° 6, 31 Mars 1931). — V. a dosé par la microméthode de Baug la glycémie à jeun de malades atteints d'hypertension intra-cranienne: 1° sur 21 cas de méningites de causes variées, la glycémie a été très augmentée dans 11 cas (au-dessus de 1 gr. 40), légèrement augmentée dans 6 cas (entre 1,40 et 1,20) et subnormale dans les autres. Les chiffres les plus élevés ont été observés dans les méningites tuberculeuses (de 1,61 à 1,82) et dans les méningites cérébro-spinales (de 1,32 à 1,50); la glycémie a été normale ou modérément élevée dans les méningites séreuses (à part deux cas où l'hyperglycémie était nette), les méningites syphilitique et zostérienne, la leptoméningite hémorragique, etc. Il y eut un parallélisme étroit entre l'élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien et celle de la glycémie.

2° Dans 7 cas de tumeurs cérébrales et chez deux malades venant de subir un traumatisme cranien, la glycémie n'a dépassé que peu les limites normales, sauf dans deux cas de tumeur (une tumeur de la fosse postérieure et une tumeur non localisée); le degré de l'hypertension ne sembla pas influencer nettement la glycémie, mais beaucoup d'autres facteurs sont susceptibles d'agir sur elle: le siège et la nature de la tumeur, la rapidité de son évolution.

L'hyperglycémie dans l'hypertension paraît relever de la compression du noyau dorsal du vague et du noyau paraventriculaire hypothalamique, les deux centres régulateurs du métabolisme des hydrates de carbone; l'excitation des centres se répercute sur le foie et sur le système chromaffine, et probablement aussi sur le pancréas.

L. Rouquès.

LA PEDIATRIA
(Naples)

B. Vasile. ***Observations cliniques sur la méningite cérébro-spinale épidémique et résultats thérapeutiques*** (*La Pediatria*, tome XXXIX, n° 15, 1er Août 1931). — La mortalité de la méningite cérébro-spinale avant la pratique de la sérothérapie intra-rachidienne oscillait entre 50 et 80 pour 100. Depuis la sérothérapie, elle a été abaissée notablement et les chiffres suivants ont été fournis par diverses auteurs: Jochmann: 25 à 30 pour 100, Netter 10 pour 100, Comby 40 pour 100, Koplick 18 pour 100, Dopter 12 à 27 pour 100, Alfaro et

tribante 17 pour 100, Flexner (sur 1294 cas) 30,9 pour 100, Rutelli 17 pour 100, Jemma 17 pour 100, de Angelis 25 pour 100.

Au cours de l'épidémie de Palerme de 1915, di Cristina a relevé une mortalité de 38,3 pour 100 pour les adultes, de 29,6 pour 100 pour les enfants et de 51 pour 100 pour les nourrissons.

Au cours de ces deux dernières années, la méningite cérébro-spinale a frappé sévèrement la région de Palerme et 36 observations ont pu être recueillies par V. Dans 21 cas, il s'agissait d'enfants de moins d'un an, et dans 15 d'enfants de 2 à 13 ans.

Si l'on retranche 2 cas se rapportant à des enfants emmenés immédiatement par leurs parents, les 34 autres se répartissent ainsi:

1° *Formes aiguës*, ayant évolué en moins de dix jours: 9 cas avec une seule guérison, soit une mortalité de 88,88 pour 100.

2° *Formes subaiguës*, d'une durée de dix jours à un mois: 19 cas avec 7 guérisons et 12 décès, soit une mortalité de 63,10 pour 100.

3° *Formes prolongées:* 6 cas avec 2 guérisons et 4 décès, soit une mortalité de 66,66 pour 100.

La mortalité globale de cette épidémie de 70 pour 100 est donc très élevée malgré la sérothérapie et V. attribue cette insuffisance du sérum au fait que les méningocoques ayant servi à la fabrication du sérum étaient d'un type différent de ceux qui étaient en cause. G. Schreiber.

DER CHIRURG

(Berlin)

E. Schneider. ***Sur la valeur de la teneur en iode du sang dans le goitre et dans la maladie de Basedow*** (*Der Chirurg*, tome III, n° 13, 1er Juillet 1931). — La théorie d'après laquelle une diminution d'iode dans l'organisme serait la cause du goitre a été réfutée par Lick avec les arguments suivants: malgré l'abondance de l'iode dans la nourriture, les goitres existent dans la région du delta de la Vistule; le nombre des goitres augmente depuis la guerre bien qu'il n'y ait eu de changement dans l'alimentation; dans la région de Dantzig, l'iode s'est montré inefficace contre le goitre. L'auteur, en collaboration avec Widmann, a pu confirmer ces idées de Lick pour la région de Fribourg. Dans cette région un individu prend avec sa nourriture ordinaire entre 200 et 500 γ iode (1 γ=0,001 milligr.), ce qui est largement suffisant puisque cette quantité suffit pour remplacer en 52 jours la totalité d'iode contenue dans l'organisme. La teneur du sang en iode est chez l'individu normal de 12,48 γ pour 100, tandis que chez les malades, atteints du goitre exophtalmique, elle s'élève jusqu'à 174,3 γ pour 100. De même que le métabolisme basal est plus accentué dans le goitre exophtalmique que dans le goitre toxique, de même la teneur en iode est plus élevée dans le goitre exophtalmique que dans le goitre toxique. Il est donc plus que probable qu'à côté de la thyroxine il existe encore un autre corps constituant de l'hormone thyroïdienne. Aschoff a démontré en 1927 l'influence du sympathique sur la sécrétion de la glande thyroïde et du thymus. L'examen chez des individus sympathicotoniques montre également que la teneur en iode est augmentée dans le sang. La recherche de la teneur en iode dans le sang ne peut donc pas nous renseigner sur la sécrétion de la glande thyroïde. D'un autre côté, l'action favorable de l'iode dans le goitre basedowien et son inefficacité thérapeutique dans le goitre toxique montrent que l'action de l'iode peut être considérée comme une désintoxication de l'hormone thyroïdienne. Quant aux détails de cette désintoxication, nous n'en savons rien. Nous pouvons dire que, pour le moment, la pathologie de la glande thyroïde nous est mieux connue que sa physiologie.

J.-C. Bloch.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FUR CHIRURGIE

(Leipzig)

H. Killian. ***L'embolie graisseuse traumatique*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXXI, fascicules 2, 3, 4, Avril 1931). — Le nombre des cas d'embolie graisseuse d'origine traumatique semble avoir considérablement augmenté dans la dernière décade, et non seulement chez les sujets adultes, mais encore chez les jeunes gens; par contre, il semble que l'embolie graisseuse post-opératoire ou après manœuvres de redressement ou de réduction orthopédiques soit devenue plus rare. L'augmentation du nombre de cas d'embolie graisseuse traumatique tient évidemment à ce fait que les fractures par accident sur la voie publique, que les traumatismes d'une façon générale sont plus nombreux. K. relate une augmentation du nombre des fractures dans les vingt dernières années qui dépasse le double, tandis que le nombre d'embolies graisseuses traumatiques dépasse le quintuple.

La distinction en deux catégories d'embolie graisseuse: *forme respiratoire, forme cérébrale*, n'est plus valable; il est préférable d'étudier séparément les embolies de la petite circulation et les embolies de la grande circulation. La présence de graisse dans l'urine, l'augmentation de la teneur du sérum sanguin en graisse, l'expectoration sanglante ne suffisent pas à prouver l'existence d'embolies graisseuses; beaucoup plus importante est la constatation de troubles circulatoires, respiratoires, cérébraux, et pour l'affirmer K. se base sur l'étude de 112 cas. Au point de vue pronostic vital, les embolies de la grande circulation sont infiniment moins dangereuses que les embolies de la petite circulation.

Après un traumatisme, les sujets qui sont le plus exposés à l'embolie graisseuse semblent être ceux qui ont une mauvaise circulation, ceux qui sont malingres, ceux qui sont « rachitiques ».

D'après K., dans 29 pour 100 des cas, la perméabilité du *foramen ovale* a été constatée dans les cas d'embolie graisseuse cérébrale et de la grande circulation; il reste donc que dans 71 pour 100 des cas, il a fallu que les fines gouttelettes de graisse traversent les capillaires pulmonaires pour passer dans la grande circulation. L'artériosclérose ne joue aucun rôle dans la production de ces embolies; par contre, les lésions cardiaques de quelque nature qu'elles soient favorisent grandement ces embolies. L'obésité ne jouerait aucun rôle, par contre les ostéoporoses de quelque nature qu'elles soient constitueraient un facteur favorable dans 3 pour 100 des cas.

Lorsque la quantité de graisse mobilisée par le traumatisme et passée dans la circulation n'excède pas le poids de 9 gr., les accidents d'embolie passent inaperçus ou sont sans importance. Entre 9 gr. et 20 gr., la quantité de graisse embolisée détermine la mort par shock et hémorragie. Au-dessus de 20 gr., la mort survient sans shock.

Pour prévenir l'embolie graisseuse, K. recommande de ne pas utiliser, pour les manœuvres opératoires de réduction, l'anesthésie générale au chloroforme et à l'éther, pas plus que l'anesthésie par l'avertine; ces produits ont une action dépressive sur la circulation et sur la respiration.

Comme thérapeutique, l'administration d'*ephedralin* ou *d'ephetonin* de préférence à l'adrénaline est recommandée dans le but de favoriser les circulations capillaires vicariantes de la petite circulation. P. Wilmoth.

R. Wanke et **Chr. Ramm.** ***Contribution clinique et physiologique à l'osmothérapie dans la tension intracranienne*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXXI, fascicule 7, Juin 1931). — Les recherches cliniques, chez les malades, au sujet des oscillations de la pression du liquide céphalo-rachidien, après injection de solution hypertonique de chlorure de sodium ou de glucose, confirment les résultats obtenus par l'expérimentation sur les animaux, malgré la difficulté et la courte durée des observations *in vivo*. En effet, au bout d'une heure, les modifications de pression intracranienne, qui peuvent avoir une action thérapeutique, cessent.

La courbe de la pression du liquide céphalo-rachidien et la variation de fluidité du tissu cérébral dépendent essentiellement de la courbe de concentration du chlorure de sodium et du sucre dans le sang; le drainage osmotique soustrait seulement, au système circulatoire céphalo-rachidien, quelques centimètres cubes de liquide, comme les expériences sur des témoins l'ont prouvé; la possibilité de modifier la composition du liquide s'en trouve très diminuée, et l'observation ne peut être que de courte durée. Dans les deux tiers des cas d'hypertension cranienne d'origine traumatique, l'injection unique ou répétée de 100 cmc d'une solution glucosée à 50 pour 100 a permis d'obtenir une amélioration soit passagère soit durable. Les recherches quantitatives du liquide céphalo-rachidien sont probantes dans les cas de traumatisme cranien, car à l'augmentation de volume de la masse cérébrale sous l'influence de l'œdème succède une diminution de volume. Les solutions salées hypertoniques à grosse concentration ne peuvent être employées dans la pratique courante; il en est de même de l'osmothérapie par solution sucrée hyperconcentrée. Cependant les effets biologiques de l'osmothérapie sont supérieurs à ceux qu'on peut obtenir par la fonction lombaire, bien que celle-ci puisse permettre de soustraire de grandes quantités de liquide céphalo-rachidien.

P. Wilmoth.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

(Chicago)

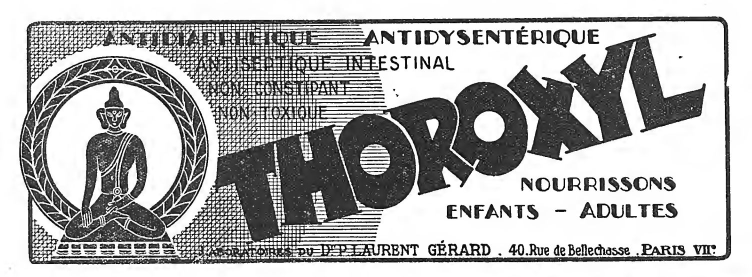
A. N. Wiseley. ***Carcinome médullaire du diverticule de Meckel*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 23, 6 Juin 1931). — Les tumeurs du diverticule de Meckel sont extrêmement rares. Celle observée par W. est le premier cas d'épithéliome de cet organe.

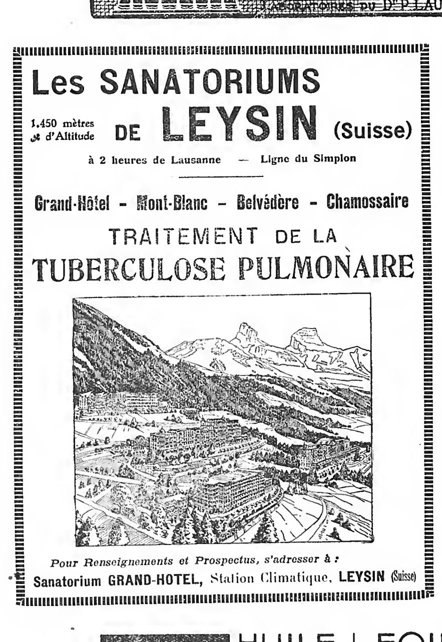
Cliniquement, l'affection fut caractérisée par des crises douloureuses abdominales, du type occlusif, accompagnées de vomissements et de nausées; le tout soulagé rapidement par une injection d'atropine. L'opération exploratrice montra une tumeur grosse comme une noix au niveau de l'implantation iléale du diverticule. Il n'existait au voisinage ni infection ni adhérence. Une biopsie de la tumeur fut enlevée, et, l'examen histologique ayant révélé sa nature épithéliomateuse, 3 jours plus tard une résection iléale fut faite, de laquelle le malade mourut quelques jours après.

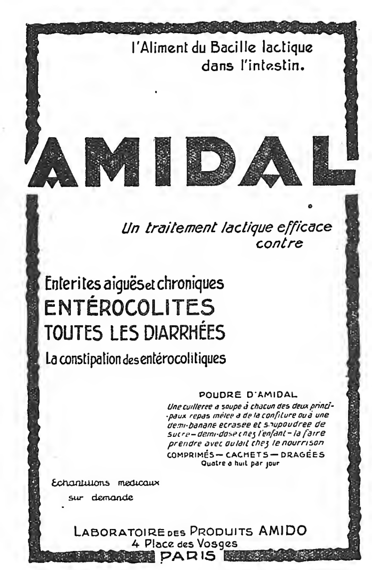
A l'autopsie, aucune autre tumeur maligne ne fut trouvée: le néoplasme diverticulaire semble donc avoir été primitif.

R. Rivoire.

R. Trimble. ***Les érythèmes cutanés, étude spéciale des douleurs abdominales qui les accompagnent*** (*The Journal of the American Medical Association*, tome XCVI, n° 24, 13 Juin 1931). — Le groupe des purpuras allergiques commence à être bien individualisé. T. en rapporte 15 cas, où le purpura s'accompagnait d'érythème, d'urticaire, et surtout de violentes douleurs abdominales qui dans plusieurs cas conduisirent à une laparotomie d'urgence. Dans presque tous les cas, il s'agissait d'enfants de 6 à 12 ans, et aucune sensibilisation particulière de l'organisme ne put être décelée. R. Rivoire.


ANTIDIARRHÉIQUE ANTIDYSENTÉRIQUE
ANTISEPTIQUE INTESTINAL
NON-CONSTIPANT
NON-TOXIQUE
THOROXYL
NOURRISSONS
ENFANTS - ADULTES
LABORATOIRES DU Dr P. LAURENT GÉRARD . 40.Rue de Bellechasse . PARIS VIIe


Les SANATORIUMS
1.450 mètres d'Altitude
DE LEYSIN (Suisse)
à 2 heures de Lausanne — Ligne du Simplon
Grand-Hôtel - Mont-Blanc - Belvédère - Chamossaire
TRAITEMENT DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
Pour Renseignements et Prospectus, s'adresser à :
Sanatorium GRAND-HOTEL, Station Climatique, LEYSIN (Suisse)


l'Aliment du Bacille lactique
dans l'intestin.
AMIDAL
Un traitement lactique efficace
contre
Enterites aiguës et chroniques
ENTÉROCOLITES
TOUTES LES DIARRHÉES
La constipation des entérocolitiques
POUDRE D'AMIDAL
Une cuillerée a soupe à chacun des deux princi-paux repas mêlée a de la confiture ou à une demi-banane ecrasée et saupoudrée de sucre - demi-dose chez l'enfant - la faire prendre avec du lait chez le nourrison
COMPRIMÉS — CACHETS — DRAGÉES
Quatre à huit par jour
Echantillons médicaux
sur demande
LABORATOIRE DES PRODUITS AMIDO
4 Place des Vosges
PARIS

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Marinesco. ***Nouvelles contributions à la pathogénie et à la physiologie du zona*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. II, n° 6, Juin 1931). — Il n'y a pas de zona symptomatique ou syndrome zostériforme sous la dépendance de causes différentes. Tout zona véritable est l'expression de l'action d'un virus spécial, probablement invisible, le virus zostérien. Les éruptions cutanées ou muqueuses qui caractérisent principalement le zona, représentent l'action nocive du virus sur la peau au niveau de la région du ganglion intéressée et non pas un trouble trophique consécutif à la lésion du ganglion spinal.

Les lésions histologiques du système nerveux retrouvées dans la plupart des cas de zona, c'est-à-dire processus inflammatoire du ganglion, des racines ou même de la moelle, relèvent d'une névrite ascendante.

L'infection primitive localisée à la peau se propage par les terminaisons nerveuses le long des nerfs.

En somme, les recherches de ces dernières années tendent à prouver que le zona représente une lésion cutanée due à un virus spécial; l'existence de ce virus semble démontrée par les essais de transmission aux animaux et d'inoculation à l'homme, par les réactions d'immunité obtenues avec le sérum des malades atteints de zona ou de convalescents atteints de la même maladie.

Ce virus spécial, par l'intermédiaire des nerfs sensitifs et vaso-moteurs, donne naissance à l'exanthème et aux vésicules caractérisant le zona.

M. pense que le virus se propage le long des voies préformées représentées par les espaces situés entre les faisceaux et les fibres nerveux, sans dénier cette propriété au cylindraxe. R. Burnier.

Gaté et **Barral.** ***Ulcères de jambe et insuline*** (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. II, n° 6, Juin 1931). — G. et B. estiment que le traitement insulinien des ulcères de jambes donne souvent d'excellents résultats; ils pratiquent chez les malades des injections sous-cutanées quotidiennes de 15 unités d'insuline. Le traitement, quand il se montre efficace, doit être poursuivi jusqu'à cicatrisation complète et même au delà. Il y a parfois utilité à l'associer à l'absorption de sucre *per os*.

L'insuline semble avoir son maximum d'efficacité dans les cas où il existe un trouble accusé dans le métabolisme des glucides; mais en réalité la question est beaucoup plus complexe et comporte de nombreuses inconnues.

On éliminera des indications de l'insulinothérapie, les ulcères de jambe qui se réclament d'un traitement étiologique déterminé (traitement antisyphilitique des ulcères chez les syphilitiques; méthode phlébo-sclérosante chez les ulcéreux porteurs de varices, etc.). Par contre, on emploiera l'insuline dans les cas où aucune étiologie précise ne peut être relevée ou comme adjuvant à l'une des médications précédentes, quand celle-ci ne donne pas les résultats escomptés. R. Burnier.

ARCHIVES DE L'INSTITUT PROPHYLACTIQUE

A. Vernes et **M. Léger.** ***Appréciation par la syphilimétrie des effets d'un médicament*** (*Archives de l'Institut Prophylactique*, tome III, n° 3). — C'est en apportant le moyen de contrôler l'action des médicaments que la syphilimétrie a complètement transformé les conditions du traitement. 10 graphiques de malades de l'Institut Prophylactique sont analysés; ils montrent que l'activité du bismuth est, comme celle d'ailleurs des mercuriaux ou des arsenicaux, à rechercher dans chaque cas particulier.

Le bismuth employé seul peut donner le résultat attendu ou être sans action, se comportant en cela comme les arsénos et le mercure. Il peut agir alors que les autres médicaments antisyphilitiques sont inactifs, ou inversement. La syphilimétrie montre enfin que le bismuth, comme les arsenicaux ou les mercuriaux, perd progressivement son activité quand on en prolonge trop longtemps l'emploi.

A. Legrand. ***A propos du dépistage de la syphilis dans les collectivités ouvrières*** (*Archives de l'Institut Prophylactique*, tome III, n° 3, Juillet 1931). — La direction des Mines domaniales de potasse d'Alsace a fait, au cours de ces dernières années, un remarquable effort dans le développement de ses œuvres sociales. Le dépistage de la syphilis a été l'objet d'une particulière attention. Du 15 Décembre 1928 au 31 Janvier 1931, le sang de 7.349 sujets a été soumis à la détermination de l'indice syphilimétrique d'après les méthodes photométriques de Arthur Vernes. La chose a été possible grâce à l'ouverture à Mulhouse d'un *Centre Prophylactique du Haut-Rhin*, fonctionnant d'après les principes de l'Institut Prophylactique. Il a été rencontré une proportion de 2,5 pour 100 de sujets syphilitiques.

M. Léger. ***Du danger aux colonies des arsénobenzènes sans contrôle syphilimétrique*** (*Archives de l'Institut Prophylactique*, tome III, n° 3). — Les arsénobenzènes sont des médicaments antisyphilitiques certes très puissants, mais qu'il faut manier dans des conditions bien déterminées, après avoir vérifié par la ponction lombaire l'état des méninges, et toujours sous le contrôle d'une syphilimétrie rigoureuse. Dans certaines colonies, les syphilitiques reçoivent en moyenne 2 ou 3 injections seulement de novarsénobenzol et disparaissent dès leur « blanchîment ». Ils courent ainsi les plus grands risques de sombrer dans des accidents cérébraux. Des exemples nombreux viennent à l'appui de cette façon de voir, recueillis aux Indes Néerlandaises, en Cochinchine, en Chine, en Algérie, en Afrique Occidentale. En multipliant dans nos colonies les Instituts Prophylactiques, les syphilitiques seront traités régulièrement jusqu'à la guérison et les arsenicaux prendront sans danger la place qu'ils occupent dans les dispensaires de la métropole.

J. Quérangal des Essarts. ***La réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien des affections méningées*** (*Archives de l'Institut Prophylactique*, tome III, n° 3). — Cette étude, basée sur l'examen de 24 malades atteints d'affections méningées diverses, montre l'importance dans celles-ci de la réaction de Vernes à la résorcine appliquée au liquide céphalo-rachidien. Dans les *méningites tuberculeuses*, la floculation à la résorcine est toujours très élevée; le degré photométrique dépasse 100 et augmente à mesure que le processus évolue.

Dans les *méningites cérébro-spinales épidémiques*, dans les *méningites infectieuses aiguës*, dans la *syphilis méningée*, dans les *états méningés à lymphocytes*, on n'observe pas de floculation, ou une floculation faible.

La floculation ou la non floculation du liquide céphalo-rachidien est indépendante de celle du sérum sanguin.

En résumé, la réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide de ponction lombaire n'est pas spécifique d'une façon absolue de la nature bacillaire d'un processus méningé, mais présente cependant une importance considérable dans le diagnostic des affections méningées.

P. Guérin. ***Intérêt diagnostique et pronostique de la réaction de Vernes; deux cas d'arthrite tuberculeuse chez des syphilitiques avérés*** (*Archives de l'Institut Prophylactique*, tome III, n° 3). — G. rapporte deux observations de tuberculose articulaire évoluant en terrain syphilitique. Dans les deux cas, les malades avaient eu une syphilis mal soignée, mais aucun signe clinique ou radiographique n'imposait la certitude du diagnostic. La double réaction de Vernes-péréthynol et de Vernes-résorcine, a été l'appoint essentiel du diagnostic.

J. Peyrot. ***Le Vernes-résorcine chez les individus atteints de blennorragie simple ou compliquée*** (*Archives de l'Institut Prophylactique*, tome III, n° 3). — La séro-floculation à la résorcine est du type normal dans la blennorragie aiguë ou chronique. L'apparition d'un degré photométrique élevé ne se produit que dans les complications infectieuses et aussi après usage de certains médicaments, tel l'uroformine. L'étude de Peyrot est basée sur 24 observations de blennorragiques, ayant donné lieu à 54 déterminations sérologiques.

M. Leullier. ***Le radio-diagnostic de la tuberculose vu à la lumière de la séro-floculation (résorcine) de Vernes*** (*Archives de l'Institut Prophylactique*, tome III, n° 3, avec 4 planches hors-texte comportant 16 radiogrammes). — Très souvent, les cliniciens attendent du radiologiste la confirmation d'une tuberculose qu'ils soupçonnent. Le radiologiste a besoin à son tour d'examen de laboratoire; parmi ceux-ci, la séro-floculation à la résorcine a toujours donné à Leullier satisfaction entière.

Pour le démontrer sont apportées un certain nombre d'observations très différentes les unes des autres. Dans certaines, « l'éclair de la séroflocculation précède le coup de tonnerre des signes objectifs, stéthoscopiques, fébriles, radiologiques ». Dans d'autres la clinique, muette, s'oppose à la radiologie qui montre des lésions: le Vernes-résorcine tranche le différend. Dans d'autres encore, l'examen du sang seul indique la tuberculose; et alors, quand on la recherche, on découvre une localisation extra-pulmonaire. Enfin, il arrive que les floculations de Vernes prouvent qu'il s'agit non de tuberculose, mais de syphilis ou de cancer.

JOURNAL D'UROLOGIE (Paris)

I. S. Temkine (Moscou). ***Les tumeurs de la vessie*** (*Journal d'Urologie*, t. XXXI, n° 5, Mai 1931). — T. publie une étude dont la précision laisse un peu à désirer, sur 150 cas de tumeurs bénignes et malignes de la vessie observées à la clinique urologique du prof. Fronstein (Moscou). 64 pour 100 des tumeurs occupent la partie inférieure de la vessie, celle où, remarque T., les phénomènes d'irritation mécanique et d'inflammation sont les plus marqués.

T. pense que, par métaplasie d'un épithélium très apte à la prolifération, les tumeurs peuvent passer du type bénin au type suspect et du type

DANS LES AFFECTIONS SAISONNIÈRES
DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES :



LA CORYPHÉDRINE

ASSOCIATION D'**ASPIRINE**
ET DE **SANÉDRINE** (Chl^te^ d'Ephédrine)

SE PRESCRIT SOUS FORME DE COMPRIMÉS

contenant { Aspirine.......... 0,50
Sanédrine........ 0,015 }

(tube de 20 comprimés)

A RAISON DE : 1 à 4 comprimés par 24 heures
en prises espacées

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8^e^

suspect au type malin. Nulle métastase vésicale à distance n'a été observée.

Suivent quelques renseignements sur les traitement utilisés, présentés de telle sorte qu'on a du mal à s'y reconnaître : 52 malades ont subi une intervention sanglante, pour la plupart « ablation de la tumeur avec la muqueuse environnante » ; 10 ont succombé; 54 malades ont subi un traitement d'électrocoagulation (4 eurent une récidive bénigne, 2 une récidive maligne) ; 10 malades ont subi un traitement d'« hémocoagulation », 6 ont subi un traitement de cautérisation par l'acide trichloracétique ; 28 malades n'ont subi aucun traitement.

G. Wolfromm.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (Paris)

Desruelles et **Chiarli.** ***L'autohémothérapie dans le traitement des maladies mentales*** (*Annales médico-psychologiques*, 13e série, 89e année, t. II, n° 1, Juin 1931). — Utilisée d'abord par Mlle Pascal et Davesne, puis par Midlin et Podniatowski, l'autohémothérapie a été essayée par D. et C. sur une large échelle chez 50 sujets atteints d'affections mentales diverses.

Dans la confusion mentale, peu de résultats favorables. Des échecs plus nombreux que quelques améliorations tardives ou douloureuses.

Dans la manie, D. et C. ont obtenu 4 améliorations, difficiles à interpréter d'ailleurs en raison des caractères évolutifs de la maladie.

Dans la mélancolie avec dépression, quelques améliorations qui semblent plutôt l'emporter sur les échecs.

Mais c'est dans la mélancolie anxieuse et dans certains états délirants que D. et C. ont eu les résultats les plus intéressants. Dans la mélancolie anxieuse D. et C. ont obtenu 8 guérisons, 7 améliorations, 4 échecs. L'amélioration bien que passagère se produisait immédiatement après l'injection de sang, qui entraîne le plus souvent des modifications du R. O. C. et de la tension artérielle, les deux variant dans le même sens ou étant dissociés. Le R. O. C. pathologiquement inversé peut être ramené à la normale par le traitement. La tension artérielle baisse le plus souvent après l'injection, mais parfois elle monte. La hausse de la tension précède souvent l'apparition de réactions anxieuses.

Chez les débiles irritables et instables, chez certains délirants au début avec des crises d'excitation, l'autohémothérapie a encore parfois une action heureuse parallèlement aux modifications de l'état neuro-végétatif qu'elle modifie.

Cette thérapeutique n'ayant jamais déterminé d'incident quelconque, il semble qu'elle doive être retenue parmi les méthodes de choc susceptibles d'être employées dans les affections mentales.

H. Schaeffer.

REVUE DE LA TUBERCULOSE (Paris)

Robert Debré et **Mme Thérèse Martini-Gagey.** ***Sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. Les antécédents de quatre cents malades tuberculeux et non tuberculeux de l'hôpital Beaujon*** (*Revue de la tuberculose*, 3e série, tome XII, n° 6, Juin 1931). — D. et M.-G. ont procédé à une enquête sur les antécédents et particulièrement sur les possibilités ou les conditions de contamination tuberculeuse, d'une part chez 200 sujets tuberculeux soignés à l'hôpital Beaujon, d'autre part sur 200 sujets non tuberculeux, hospitalisés dans un service de chirurgie du même hôpital.

Chez les malades tuberculeux, ils ont trouvé le souvenir d'un contact important et prolongé avec un tuberculeux contagieux dans 60 pour 100 des cas (74 pour 100 des cas chez les femmes et 44 pour 100 chez les hommes). Au contraire, chez les malades témoins, on ne trouve le même souvenir que dans 5,8 pour 100 des cas (7 pour 100 chez les femmes et 4,7 pour 100 chez les hommes). Cette différence entre les deux catégories étudiées s'accuse encore davantage si l'on tient compte des contacts probables.

La tuberculose évolutive paraît plus fréquente chez les femmes jeunes (16 à 30 ans) que chez les hommes du même âge. Par contre, la proportion est inverse pour les malades plus âgés.

La contamination apparaît d'origine familiale dans 79 pour 100 des cas chez les femmes et 54 pour 100 des cas chez les hommes, c'est-à-dire dans la proportion de 66,5 pour 100 des cas où le contact est retrouvé. Parmi les malades étudiés, la tuberculose ne paraît pas particulièrement dangereuse pour le conjoint.

La plupart des contaminations datant de l'enfance peuvent ne provoquer une tuberculose évolutive qu'après l'adolescence, à l'âge mûr, et même après 40 ans. Le pronostic de la tuberculose pulmonaire est lié non pas à la longueur de la période latente, c'est-à-dire de la période qui s'étend de la contamination à l'éclosion clinique de la maladie, mais est bien plutôt lié à l'âge du malade au moment où la tuberculose commence à évoluer.

Il n'y a pas plus de ruraux dans le service de tuberculeux de l'hôpital Beaujon que dans le service de chirurgie du même hôpital. La moitié des ruraux du service de tuberculeux sont arrivés à Paris déjà contaminés.

D. et M.-G. n'ont pu mettre en évidence le rôle prépondérant des diverses maladies, des chagrins et des soucis dans l'éclosion de la tuberculose chez leurs malades. Par contre, les privations semblent représenter un facteur important. Il paraît bien démontré que les grossesses favorisent l'évolution de la tuberculose, mais il est loin d'être prouvé qu'elles soient un facteur prédisposant pour l'éclosion de cette maladie.

D. et M.-G. ont relevé dans les antécédents de leurs 200 tuberculeux pulmonaires 4,5 pour 100 de pleurésie tuberculeuse aiguë avec épanchement et 3,5 pour 100 de tuberculose extra-pulmonaire ayant précédé l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Pour les 200 témoins, ils ont trouvé 2,5 pour 100 de pleurésie séro-fibrineuse et 5,5 pour 100 de tuberculose extra-pulmonaire.

L. Rivet.

Jean Foix et **Jean Mattei** (Saint-Hilaire-du-Touvet). ***Remarques sur la cure post-opératoire en décubitus latéral et déclive dans la phrénico-exérèse*** (*Revue de la tuberculose*, 3 série, tome XII, n° 6, Juin 1931). — Après l'intervention chirurgicale, F. et M. laissent le malade au repos normal pendant vingt-quatre heures environ. Aussitôt après, et si aucune complication n'apparaît, ils font relever les pieds inférieurs du lit, qu'ils font reposer sur deux billots de bois, relevant ainsi dans son ensemble le plan du lit qui fait avec l'horizontale un angle dièdre d'environ 15 à 20 degrés. Ils recommandent en outre au malade de se coucher le plus longtemps qu'il peut sur le côté opéré. Ce décubitus latéral et déclive est poursuivi, suivant les cas, trois, quatre mois et même plus. On y ajoute, quand le malade commence à se lever, le port d'une sangle abdominale poursuivant le même but et favorisant à l'extrême la rétraction du parenchyme pulmonaire lésé. Les meilleures statistiques données à divers auteurs par la phrénicectomie semblent résulter de l'application rationnelle de cette méthode d'application facile, qui utilise l'action des organes de l'abdomen et du tonus abdominal pour favoriser l'ascension de l'hémidiaphragme paralysé.

L. Rivet.

REVUE FRANÇAISE DE PEDIATRIE (Strasbourg)

P. Rohmer, R. Meyer, Mlle Phélizot, Tassovatz, Vallette et **Willemin** (Strasbourg). ***Observations cliniques et thérapeutiques faites pendant l'épidémie de poliomyélite d'Alsace en 1930*** (*Revue française de pédiatrie*, tome VII, n° 3, 1931). — Dès les premiers mois de 1930 des cas isolés de poliomyélite firent leur apparition en Alsace. Leur nombre augmenta à l'approche de l'été et le nombre total des cas déclarés atteignit 635 pour le Bas-Rhin et les régions environnantes.

Le rapport du prof. Rohmer et de ses collaborateurs se base sur 338 observations, dont 186 ont été recueillies pendant la période aiguë de la maladie à la Clinique infantile de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Les *formes cliniques* suivantes ont été observées : *forme foudroyante* (7 cas) ; *forme envahissante grave* (24 cas) ; *formes hautes* (encéphalitique, mésocéphalitique, cérébelleuse, bulbo-protubérantielle (10 cas) ; *forme méningitique pure* (4 cas) ; *forme spinale commune* (66 cas) ; *forme spinale bénigne* (34 cas) ; *formes frustes* (10 cas).

Le *stade aigu de la maladie* a duré de quatre à seize jours et pendant trois à douze jours après l'apparition des paralysies on a pu constater la persistance habituelle de la fièvre et des symptômes infectieux.

L'*étude du liquide céphalo-rachidien* a montré des modifications absolument caractéristiques : réaction méningitique initiale avec polynucléose suivie au bout de deux à trois jours d'une destruction rapide des polynucléaires avec abaissement considérable du nombre des cellules et prédominance des lymphocytes.

La glycorachie a été trouvée normale, quelquefois augmentée, jamais abaissée.

La réaction méningitique a toujours précédé l'apparition des paralysies et les auteurs en concluent que l'examen du liquide céphalo-rachidien peut servir au dépistage précoce de la maladie.

Le *traitement spécifique* a retenu tout spécialement l'attention des pédiatres strasbourgeois et voici leurs conclusions à ce sujet :

1° Le sérum d'anciens malades et surtout celui de convalescents récents a eu un effet curatif très net dans la forme envahissante grave de la maladie. Son action dans la forme spinale commune n'a pu être jugée par suite de l'insuffisance des quantités de sérum dont on disposait.

2° L'action thérapeutique du sérum antipoliomyélitique de cheval préparé par le prof. Pettit n'a pas paru probante.

3° Il y a un intérêt urgent à tenir prêtes en cas de nouvelles épidémies des provisions suffisantes de sérum d'anciens malades. A défaut d'un tel sérum, les médecins pourraient utiliser du sang de personnes saines de l'entourage des malades ou de celui d'adultes ayant vécu dans une région où a sévi une épidémie de poliomyélite.

G. Schreiber.

Salvador E. Burghi (Montevideo). ***La déshydratation chez le nourrisson*** (*Revue française de pédiatrie*, tome VII, n° 3, 1931). — Après avoir montré l'importance de l'eau dans l'organisme, B. expose le mécanisme de l'hydratation cellulaire dans le processus de croissance.

Chez le nouveau-né et le nourrisson en bas âge, existe un certain degré « d'hydrostabilité physiologique » qui est remplacée plus tard par une constitution plus stable ou « hydrostabilité ». Quand cette hydrostabilité physiologique est plus accusée que normalement, ou lorsqu'elle se prolonge au delà des délais habituels, elle constitue un fait pathologique : « dystrophie hydrolabile » ou « hydrolabilité constitutionnelle » de Finkelstein.

Entre l'hydrolabilité physiologique, l'hydrostabilité et la dystrophie hydrolabile, il existe toute une échelle de formes intermédiaires: hydrolabilité légère, moyenne et grave.

L'importance du terrain en ce qui concerne la perte de la faculté de fixation de l'eau par la cellule est bien établie; mais des causes diverses peuvent provoquer l'hydrolabilité :

1° Une altération organique constitutionnelle ou congénitale souvent liée à la syphilis congénitale.

2° Une insuffisance alimentaire: *a*) quantitative (l'inanition pouvant entraîner l'athrepsie ou décomposition); *b*) qualitative.

3° Des infections: *a*) aiguës (otite moyenne latente du nourrisson), *b*) chroniques (syphilis congénitale);

4° Des perturbations digestives prolongées ou à répétition;

5° Des intoxications et particulièrement l'acidose du nourrisson.

Au point de vue clinique on peut envisager d'une part les formes aiguës de déshydratation, d'autre part les formes subaiguës ou chroniques.

De la déshydratation aiguë il convient de rapprocher la *fièvre de concentration* qu'on peut observer chez le nouveau-né du deuxième au quatrième jour.

La déshydratation chronique peut se produire par « balance négative de l'eau » ou bien, être d'origine cellulaire. Dans celle-ci le volume liquide de sang se maintient normal et il peut y avoir un certain degré d'hydrémie; dans celle-là, par contre, le volume du sang est diminué et parfois de façon très accusée. Dans la déshydratation chronique d'origine cellulaire, il n'existe donc pas d'augmentation de la viscosité sanguine, ni de l'indice réfractométrique du sang.

Le diagnostic de déshydratation d'origine cellulaire doit être posé lorsqu'un nourrisson présente les symptômes de la déshydratation malgré l'établissement d'une ration hydrique normale et que d'autre part, il n'existe pas de pertes considérables de liquides susceptibles d'expliquer la persistance de la déshydratation.

Ce diagnostic est donc facile, mais il est souvent malaisé de différencier la dystrophie hydrolabile de la décomposition.

G. Schreiber.

IL POLICLINICO (Sezione pratica)

(Rome)

G. Rossi. ***L'hirudinisation dans les phlébites post-opératoires et puerpérales*** (*Il Policlinico* [sezione pratica], tome XXXVIII, n° 28, 13 Juillet 1931). — R. a traité 11 cas de phlébites par la méthode de Termier; dans 8 cas, il s'agissait de phlébites post-opératoires, dans deux, de phlébites primitives et dans le dernier, d'une phlébite puerpérale. Les résultats ont été remarquables: l'œdème a régressé; les douleurs, la sensation de pesanteur du membre, l'hyperesthésie cutanée ont diminué rapidement; la fièvre est tombée très vite. Aucun accident n'a été observé. R. est donc un partisan convaincu de l'hirudinisation, mais cette méthode ne doit pas être appliquée dans les phlébites déjà évoluées, ni dans celles qui surviennent dans les états infectieux graves, cas où la provocation d'un état hémophilique pourrait ne pas être sans inconvénients.

L. Rouquès.

L. Tonelli. ***Spondylostéose productive typhique*** (*Il Policlinico* [sezione pratica], tome XXXVIII, n° 30, 27 Juillet 1931). — T. a observé chez un malade de 23 ans une variété de spondylite typhique, bien distincte de l'ostéomyélite ou de l'arthrite vertébrale, formes auxquelles se limitent les descriptions classiques des complications vertébrales de la fièvre typhoïde. Dans son cas, comme dans une observation antérieure de Gonzalès, Ontaneda et Vidarreuta, la spondylite survint à la phase de déclin de la maladie; son début fut marqué par une élévation de température et des douleurs d'abord légères, puis violentes, localisées au rachis, que la pression forte exagérait. A part quelques troubles radiculaires légers et transitoires, il n'y eut pas de signe de réaction des centres nerveux; tous ces symptômes disparurent progressivement. Les radiographies montrèrent dans les deux cas, une production ostéophytique partant d'un corps vertébral et le réunissant à la vertèbre sous-jacente, à la manière d'un pont; les corps vertébraux et les apophyses étaient intacts et les espaces intervertébraux normaux. L'aspect réalisé par ces spondylostéoses productives de la fièvre typhoïde est tout à fait celui de l'arthrite déformante chronique. De telles observations permettent d'envisager l'hypothèse de l'origine infectieuse du rhumatisme déformant dont la pathogénie est encore si discutée.

L. Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA

(Naples)

R. Palma. ***Accidents de la transfusion entre individus de même groupe sanguin*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 25, 22 Juin 1931). — Une malade de 44 ans doit être opérée d'une cholécystite chronique; son état général étant médiocre, on décide de lui faire au préalable une transfusion; on prend comme donneur son fils âgé de 20 ans, appartenant ainsi qu'elle au groupe A; le sang est citraté à 0,20 pour 100 et 140 cmc de sang sont injectés sans incident. Au bout de dix minutes, la malade rougit, puis se cyanose; elle éprouve une sensation d'angoisse; son pouls bat à 140-170, se ralentissant par moments à 60 et même 46; la température s'élève rapidement à 39°2. On fait à la malade une injection de digalène et une saignée de 50 cmc; l'état s'améliore lentement; deux heures plus tard, l'angoisse a diminué, le pouls est meilleur et bat à 120, la température n'est plus que de 38°; au bout de sept heures, le pouls est à 100, la température à 37°7. Après quarante-huit heures, la malade est remise, elle n'éprouve plus qu'une céphalée persistante qu'une purgation saline fera disparaître.

La pathogénie de cet accident reste obscure; il ne s'agit certainement pas d'une erreur de groupe, car la détermination des groupes du donneur et de la réceptrice a été vérifiée à plusieurs reprises après la transfusion; l'accident n'est pas non plus imputable au citrate, car la malade, ayant été opérée huit jours après, supporta sans aucun incident une transfusion de 450 cmc de sang citraté au même taux, fourni par sa sœur appartenant aussi au groupe A. P. estime qu'il s'agit d'une incompatibilité entre les sangs du donneur et de la malade, mais relevant d'une cause ne rentrant pas dans le cadre des faits biologiques actuellement connus.

L. Rouquès.

M. Bufano. ***Contribution à l'étude des syndromes déterminés par l'hypertonie et l'hypercinésie de la vésicule biliaire*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 28, 13 Juillet 1931). — Certaines coliques hépatiques ne sont liées ni à une poussée inflammatoire, ni à l'existence d'un calcul; leur pathogénie n'est élucidée que depuis l'introduction en clinique de la cholécystographie qui a permis d'étudier les dystonies et les dyscinésies de la vésicule. Les voies biliaires sont innervées par le vague; toute excitation brutale du vague par un calcul, par l'hémoclasie digestive ou par une cause quelconque, peut provoquer un spasme durable des voies biliaires avec douleur et subictère. Certains lithiasiques ne présentent pas de coliques hépatiques, d'autres en font très souvent; c'est parce que ces derniers ont un vague susceptible de réagir avec intensité sous l'influence de l'excitation la plus faible. Cet état de vagoesthésie, suivant l'expression de Castellino, est la cause des coliques sans calcul.

B. rapporte l'observation d'un homme de 31 ans, venu consulter pour des crises de cholélithiase absolument caractéristiques et présentant des signes de vagotonie accentuée. La cholécystographie (injection de tétra-iodophtaléine par voie veineuse) a montré qu'il n'y avait pas de calculs dans la vésicule; celle-ci avait la forme en banane que Bronner a décrite dans les états de vagoesthésie; dix minutes après l'ingestion de trois jaunes d'œuf, la vésicule s'était vidée en totalité alors que chez les sujets normaux, elle contient encore de la substance opaque après une heure et demie. B. s'est efforcé de diminuer l'hyperexcitabilité du vague de son malade par des injections intraveineuses d'un mélange de chlorure de calcium, de sulfate d'atropine et de chlorhydrate d'adrénaline; les crises hépatiques ont nettement diminué de fréquence et d'intensité; après 23 injections, une nouvelle cholécystographie a montré que la vésicule avait une forme en poire plus proche de la normale, mais que son évacuation après ingestion d'œuf restait encore accélérée; l'hypertonie de la vésicule avait donc été plus influencée que son hypercinésie. L'observation de B. confirme l'existence d'états d'hypercinésie vésiculaire se traduisant en clinique par des syndromes de colique hépatique sans calcul.

L. Rouquès.

MINERVA MEDICA

(Turin)

A. Donati, L. Manginelli et **E. Tramonti.** ***La thérapeutique gastrique par voie parentérale dans l'anémie pernicieuse*** (*Minerva Medica*, XXII° année, tome II, n° 27, 7 Juillet 1931). — Supposant que le principe actif des extraits d'estomac agissait comme une hormone, les auteurs étudièrent son action par voie parentérale. Ils utilisèrent un extrait injectable d'estomac de porc, purifié et concentré de façon à ce qu'un centimètre cube correspondît à 0 gr. 3 d'extrait frais. Les injections furent généralement bien supportées, mais déterminèrent souvent une légère réaction locale et parfois une petite élévation de température, au bout de quatre à cinq heures. Les résultats furent remarquables; une malade de 30 ans présentait une anémie pernicieuse avec 2.800.000 globules rouges; en quarante-cinq jours, elle reçut 7 injections de 2 cmc et 35 injections de 5 cmc d'extrait; à la fin du traitement, elle avait 4.900.000 globules et quinze jours après plus de 5.000.000. Dans un autre cas d'anémie pernicieuse chez un homme de 54 ans, l'augmentation des globules rouges fut encore plus rapide, de 1.640.000 à 3.920.000 en un mois. Dans les deux cas, les variations de l'hémoglobine furent parallèles à celles des globules rouges; les macrocytes et les hématies déformées disparurent; il y eut une crise réticulocytaire suivie d'éosinophilie. Dans 6 cas d'anémie secondaire, les résultats furent aussi bons.

Les extraits d'estomac agissent donc mieux et plus vite en injection qu'en ingestion; d'autre part, la voie parentérale a l'avantage de rendre l'absorption plus facile et de ne nécessiter qu'une quantité plus minime de substance active; par voie buccale, la dose quotidienne est d'environ 200 gr. de tissu frais, tandis que la dose injectée équivaut à 1 gr. 50 seulement.

L. Rouquès.

P. Rowinski. ***Influence du climat marin et des bains de mer sur le métabolisme basal*** (*Mi-*


TRAITEMENT DU
DIABÈTE
PAR
LES
CAPSULES GLUTINISÉES
DE
PANCRÉPATINE
LALEUF
LITTÉRATURE - ECHANTILLONS
LABORATOIRES LALEUF
20, Rue du Laos — PARIS (XIVe)

nerva Medica, XXIIe année, tome II, n° 29, 21 Juillet 1931). — R. a étudié l'action du séjour au bord de la mer sur le métabolisme d'enfants n'ayant jamais quitté la montagne et venant d'une région ou le goitre est endémique. 8 enfants sur 19 présentaient un gros corps thyroïde sans signes cliniques de dysthyroïdie. Les enfants restaient toute la journée à l'air et au soleil, en costume de bain et prenaient un bain quotidien. Une première détermination du métabolisme fut faite six jours après l'arrivée, une deuxième au bout de quatorze jours.

En moyenne, le métabolisme a augmenté de 6,74 pour 100 et dans 13 cas, l'augmentation a été supérieure à l'erreur possible; par contre, le métabolisme de 3 enfants témoins habitant la région en permanence n'a pas varié. Le métabolisme des enfants ayant un gros corps thyroïde a augmenté dans 7 cas sur 8 et en moyenne de 12,4 pour 100. R. pense qu'il n'y a pas là une simple coïncidence. En effet, le séjour à la mer favorise l'absorption d'iode et réalise un certain degré d'hyperthyroïdisme; cette action est surtout marquée chez les goitreux dont le goitre témoigne de l'insuffisance de la quantité d'iode normalement à leur disposition.

L. Rouquès.

G. Donini. ***L'hémogénie dans la fièvre typhoïde*** (*Minerva Medica*, XXIIe année, tome II, n° 30, 28 Juillet 1931). — D. a étudié le rôle des altérations vasculo-sanguines dans les hémorragies de la fièvre typhoïde chez 22 malades, choisis à dessein du sexe masculin, en raison de la grande prédominance de la constitution hémogénique chez les femmes. Dans 10 cas, la fièvre typhoïde prit une note hémorragique: hémorragies intestinales évidentes ou occultes, épistaxis. Pendant la période d'état, la thrombopénie fut la règle, variant de 7.100 à 216.000, sans rapport constant entre son intensité et la gravité de la maladie; pendant la convalescence, il y eut une augmentation des plaquettes au-dessus de la normale. Les hémorragies survinrent toujours chez des malades ayant moins de 100.000 plaquettes, mais les deux cas d'hémorragies intestinales mortelles furent observés chez des malades ayant environ 55.000 plaquettes, tandis qu'un malade qui n'en avait que 7.100 ne présenta aucune hémorragie, même occulte. Il faut d'ailleurs remarquer que D. a compté les plaquettes avec une technique qui expose à de grosses erreurs (numération sur des étalements de sang colorés). Le signe du lacet fut positif dans 11 cas, le signe du marteau dans 10, le signe de Koch dans 3; pour D., il n'y a aucun parallélisme entre ce dernier signe et le signe du lacet. Le temps de saignement dépassa 3 fois 10 minutes (10', 11' 30" et 24'), fut 9 fois compris entre 5 et 4' et chez les autres malades normal; aucun rapport ne peut être trouvé entre les variations du temps de saignement et la tendance aux hémorragies. Le temps de coagulation fut en général un peu allongé; l'irrétractilité fut complète dans un cas, incomplète dans deux autres, sans relation avec le chiffre des plaquettes ou la durée du saignement provoqué. La calcémie ne montra pas de variations intéressantes.

D. conclut de ses recherches à la fréquence d'un état d'hémogénie généralement dissocié pendant la période d'état de la fièvre typhoïde; cette hémogénie est constante lors des complications hémorragiques et en est le facteur le plus important, sinon exclusif; son signe majeur est le signe du lacet, car la thrombopénie est un symptôme trop banal dans la fièvre typhoïde. Elle semble dépendre du terrain sur lequel l'infection survient beaucoup plus que de l'infection elle-même; dans ce trouble vasculo-sanguin, les altérations vasculaires l'emportent sur les altérations sanguines.

L. Rouquès.

GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE
(Venise)

O. Pepi. ***La torsion du diverticule de Meckel*** (*Giornale Veneto di Scienze Mediche*, tome V, n° 3, Mars 1931). — Le volvulus du diverticule de Meckel est une affection exceptionnelle dont on ne connaît que 26 observations (Guibé). La torsion peut se limiter au diverticule ou s'étendre à l'anse iléale sur laquelle il s'implante; dans les deux cas, la nécrose est rapide ainsi que la perforation, car il s'agit d'un organe rudimentaire, à circulation déficiente. Le diagnostic exact n'a jamais été posé avant l'opération et le plus souvent on soupçonne une péritonite par perforation ou une appendicite aiguë; c'est ce dernier diagnostic qui avait été fait dans le cas de P.

Un enfant de 9 ans, qui avait présenté à plusieurs reprises des crises abdominales, fut pris de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, avec arrêt des matières et des gaz et vomissements alimentaires, puis bilieux; il ne fut amené à l'hôpital que le troisième jour. Son état général était encore bon, la température à 38°5, le pouls à 130, bien frappé et régulier, la respiration brève. Le ventre était très météorisé, sans ondes péristaltiques; tout l'abdomen était tympanique, à part une submatité de la fosse iliaque droite; la matité hépatique avait disparu. Il y avait une douleur et une défense musculaire diffuses, mais prédominant au niveau de la fosse iliaque droite; le météorisme rendait la palpation profonde impossible.

Après incision de Mac Burney sous narcose, à l'éther, du liquide hématique et purulent, d'odeur fécaloïde, s'écoula; les anses grêles étaient dilatées, rouges, avec des fausses membranes. P. sentit une tumeur grosse comme le poing dans le bas de la fosse iliaque; elle fut extériorisée après agrandissement de l'incision; elle fut d'abord prise pour le cæcum dont elle avait l'aspect, mais en réalité, elle en était à 50 cm.; elle s'insérait sur le grêle par un pédicule de la grosseur du petit doigt d'un nouveau-né, tordu complètement sur lui-même; la masse, le pédicule et la base d'implantation sur le grêle étaient sphacélés; la tumeur n'avait ni méso ni adhérences; elle fut enlevée avec son pédicule et la partie adjacente du grêle; les deux bouts de celui-ci furent abouchés à la peau. Le malade se rétablit peu à peu et deux mois plus tard, le grêle fut fermé par anastomose termino-terminale.

En pareil cas, les malades profondément intoxiqués ne supportent pas de longues interventions et huit guérisons seulement ont été obtenues sur 22 opérations (Guibé). Aussi P. n'a-t-il pas voulu tenter la fermeture d'emblée du grêle; il estime que cette manière de faire s'impose dans les cas où le sphacèle du grêle nécessite sa résection partielle.

L. Rouquès.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

G. Pellegrini. ***Etude clinique de quelques modifications du sang et de la diurèse après introduction d'eau dans l'organisme; rapports entre l'hydrémie et la diurèse*** (*Archivio di Patologia e Clinica Medica*, tome X, n° IV, Juin 1931). — La rétention hydrique dans les œdèmes a été attribuée soit à une imperméabilité rénale à l'eau et aux sels, soit à une modification des tissus; les relations entre l'œdème et l'oligurie seront différentes suivant que l'on admet l'une ou l'autre théorie. P. a cherché à établir les rapports de la diurèse et de l'hydrémie chez des sujets normaux et chez des œdémateux, après introduction d'eau dans l'organisme par voie entérale ou parentérale; pour cela, il a étudié les variations de l'hydrémie en suivant les modifications de l'hémoglobine avec l'hémoglobinomètre de Bürcker et celle de la pression osmotique des protéines avec un osmomètre à membrane de cellophane.

1° L'introduction dans l'organisme de sérum physiologique par voie parentérale amène une dilution du sang proportionnelle au rapport de la quantité d'eau injectée et de la masse du sang. Chez les sujets normaux, la dilution atteint son maximum aussitôt après l'injection, puis disparaît graduellement en 20 ou 30 minutes. Chez les malades ayant des œdèmes d'origine cardiaque, rénale ou hépatique, la dilution est souvent plus élevée que ne le comporterait la quantité d'eau injectée, par suite d'un apport d'eau des tissus au sang; la durée de la dilution est considérable, surtout lorsque la rétention hydrique est grave, et peut atteindre 5 et 6 heures.

Après introduction d'eau physiologique par voie entérale, la dilution du sang s'établit lentement chez les sujets normaux; le maximum n'est atteint qu'après 20 à 30 minutes, et se maintient pendant un temps égal; le retour à la normale ne s'observe qu'après deux heures environ. Chez les œdémateux, la dilution est plus forte et plus longue (jusqu'à 6 heures).

2° Pendant la phase de dilution, les albumines sont diluées à peu près autant que l'hémoglobine; la pression osmotique des colloïdes varie proportionnellement au pourcentage des protéines.

3° Les modifications de la diurèse aqueuse suivent celles de l'hydrémie; chez les sujets normaux, on peut observer une augmentation de la diurèse de 500 pour 100 lorsque la dilution est à son maximum; la diurèse augmente en même temps que l'hydrémie et dure autant qu'elle. Chez les œdémateux, la diurèse s'élève aussi pendant la phase de dilution, mais bien moins que l'hydrémie et sans lui être proportionnelle; l'augmentation est d'autant moins forte que la pression osmotique des colloïdes était plus basse au début.

Une partie de l'eau introduite dans l'organisme passe dans les tissus; le passage est beaucoup plus important chez les œdémateux que chez les sujets normaux, mais bien plus lent; chez les œdémateux, une masse hydrique considérable peut se déplacer entre les tissus et le sang.

De l'ensemble de ses recherches, P. conclut que les phases intermédiaires, sanguine et tissulaire, du métabolisme de l'eau chez les œdémateux sont les mêmes, quelle que soit l'origine des œdèmes. Chez eux, la rétention d'eau ne dépend pas de l'augmentation de l'hydrophilie des tissus; elle est attribuable à la diminution de la capacité du rein à éliminer l'eau.

L. Rouquès.

LA PEDIATRIA
(Naples)

Cesare Malossi. ***Sur la tachycardie paroxystique de l'enfance*** (*La Pediatria*, tome XXXIX, n° 15, 1er Août 1931). — Chez un sujet à cœur parfaitement normal, l'équilibre fonctionnel vagosympathique peut être troublé par une cause intervenant sur l'un des éléments régulateurs de l'activité cardiaque, et l'on peut observer une accélération ou un ralentissement des battements. Cette cause qui peut être d'ordre physiologique (émotion, course, orthostatisme, etc.) ou pathologique (fièvre, maladie de Basedow) ou expérimentale (inhalation de nitrite d'amyle) entraîne de la tachycardie si elle excite le sympathique. Elle peut aussi agir indirectement, en inhibant l'action du vague. Tel est le cas d'une volumineuse adénopathie trachéo-bronchique, d'un anévrisme de

l'aorte, d'une tumeur du médiastin ou de l'administration expérimentale d'atropine. Dans ces divers cas, on constate une accélération du cœur qu'on peut identifier avec une tachycardie sinusale.

Les deux observations publiées par M. se rapportent à des tachycardies de ce type, survenues la première chez une fillette de 7 ans au cours d'amygdalites fébriles, la seconde chez un bébé de 1 an atteint de coqueluche, à la suite d'une quinte.

M. qui a pu établir des tracés électro-cardiographiques au début, au cours et à la fin des accès, en tire des déductions sur la nature et la pathogénie de la tachycardie paroxystique. Il admet, outre l'intervention de facteurs intrinsèques cardiaques, l'action d'éléments extra-cardiaques qui paraissent dans les cas observés être toxi-infectieux.

G. Schreiber.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

Alfred Bloch. *La détermination de la cholestérine dans le sérum du sang; la méthode de Bloor* (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n° 26, 27 Juin 1931). — On a proposé de nombreuses méthodes pour déterminer la cholestérine du sang, mais il ne semble pas que jusqu'ici on soit arrivé à en trouver une satisfaisante au point de vue exactitude, simplicité et rapidité. La méthode de Bloor, qui est très simple, a été considérée de divers côtés comme inexacte. Mais il doit y avoir à ce point de vue une erreur: on se réfère toujours, notamment dans la monographie de Folin, à la méthode primitive de Bloor qui est manifestement lacunaire.

Depuis lors, cet auteur a effectivement modifié ou précisé sa méthode sur de certains points de manière à la rendre plus exacte, pour que la solution alcoolo-éthérée ne change pas de volume et pour que la source lumineuse soit constante.

B. a étudié sur 10 sérums les résultats donnés respectivement par la méthode primitive et la méthode corrigée. Il a constaté ainsi des différences variant de 0 à 16,2 pour 100. En outre, il a constaté que, d'une manière générale, la lumière du jour donne des chiffres plus faibles que la lumière électrique. Il n'a cependant pas constaté de différence entre les ampoules à filaments métalliques de 60 à 100 watts et les lampes dites « à lumière du jour ».

D'un autre côté, en comparant la méthode de Bloor et celle de Autenrieth-Funk, ou celle de Windaus, les concordances ont été bonnes.

Voici la méthode à laquelle l'auteur s'est arrêté: il ajoute à un mélange d'alcool et d'éther, 1 cmc de sérum et porte à l'ébullition au bain-marie, puis filtre. Il lave ensuite avec le mélange alcool et éther jusqu'à ce que le filtrat refroidi fasse 25 cmc; de ce filtrat, il prend 10 cmc qu'il évapore à siccité au bain-marie et il reprend le résidu avec du chloroforme. Il filtre ensuite à 4 ou 5 reprises l'extrait sur la ouate dans un petit entonnoir jusqu'à ce que le filtrat fasse 5 cmc. A ce filtrat et aux 5 cmc de la solution standard de cholestérine (10 milligr. de cholestérine dans 100 cmc de chloroforme), il ajoute 2 cmc d'anhydride acétique et V gouttes d'acide sulfurique concentré. Il ferme le récipient avec soin, agite et laisse reposer quinze minutes à l'obscurité. Il procède ensuite à la colorimétrie à la lumière électrique.

P.-E. Morhardt.

Edward C. Rosenow. *Recherches cliniques et expérimentales sur la localisation élective des streptocoques* (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, tome LXI, n° 27, 4 Juillet 1931). — R. remarque qu'on paraît croire, en Europe, que les Américains vont trop loin dans la suppression des foyers d'infection. Dans l'encéphalite chronique, il a trouvé 70 pour 100 d'amygdales infectées, 56 pour 100 de pyorrhée. Dans le torticolis spasmodique, il a trouvé 60 pour 100 d'amygdales infectées, 75 pour 100 de pyorrhée et 76 pour 100 de dents dévitalisées. Dans la sclérose multiple, il a trouvé 78 pour 100 d'amygdales infectées, 67 pour 100 de pyorrhée et 89 pour 100 de dents dévitalisées. Il insiste plus spécialement sur les dents dévitalisées qui, même lorsque l'examen aux rayons Rœntgen donne des résultats négatifs, se trouvent infectées par des streptocoques qui, chez l'animal, déterminent une localisation élective. Au total, sur 100 dents vivantes, il n'en est aucune qui ait fourni des streptocoques certainement dus à autre chose qu'à une pollution, tandis que sur 100 dents dévitalisées, il y a eu 75 fois des streptocoques non dus à une pollution. En supprimant ces foyers et en traitant les malades avec un vaccin streptococcique spécifique, il a obtenu une amélioration dans 44 pour 100 d'encéphalites, 50 pour 100 des torticolis spasmodiques, 88 pour 100 des iridocyclites, 56 pour 100 des prostatites, 60 pour 100 des arthrites, etc. En moyenne, l'amélioration a été constatée 53 fois sur 100 sur ces 257 cas.

Pour faire des cultures, l'auteur utilise un dispositif qui réalise une dégradation progressive dans la tension d'oxygène, c'est-à-dire contenant du bouillon glucosé à 0,2 pour 100 et additionné de 3 cmc de cervelle de veau sur une hauteur de 10 à 12 cm. En général, il injecte à l'animal 0 cmc 5 de la culture ainsi obtenue pour 100 gr. de poids du corps. Cette inoculation a souvent servi à purifier la culture, et à la débarrasser des saprophytes. Aucun des streptocoques isolés n'appartenait au type hémolytique décrit par Schottmüller. Les streptocoques provenant d'appendicite ont déterminé des lésions d'appendicite 60 fois sur 100 chez 222 lapins. Ceux provenant d'ulcère gastrique ou duodénal ont déterminé 65 fois sur 100 des lésions de l'estomac et du duodénum chez 1.539 animaux. Ceux de la colite ulcéreuse chronique ont déterminé 58 fois sur 100 des lésions du côlon chez 727 animaux. Ceux de la fièvre rhumatismale ont provoqué 66 fois sur 100 des lésions articulaires chez 71 animaux.

Le streptocoque viridans, isolé dans des cas d'endocardite subaiguë, a provoqué 17 fois sur 100 de l'arthrite, 76 fois sur 100 de l'endocardite, etc. Il a été fait des constatations du même genre dans des cas de myosite, d'herpès zoster, d'érythème noueux, etc.

En cultivant ces streptocoques, l'auteur a obtenu des toxines qui présentent une action élective précisément à l'égard des tissus pour lesquels les streptocoques se montrent pathogènes. Il en a été ainsi en particulier pour les streptocoques provenant de myosite, d'endocardite, d'ulcère gastrique, de hoquet épidémique, etc.

En inoculant dans les racines des dents de chiens les souches de streptocoque, la localisation élective a pu également être mise en évidence. Chez 34 chiens inoculés ainsi avec des microbes provenant de néphrolithiase, on a obtenu 75 pour 100 de calculs urinaires. Dans une autre série de cas, il n'a été observé d'arthrite chez aucun des 40 chiens dont les dents avaient été infectées avec les formes provenant de cas d'arthrite chronique.

Dans ces conditions, la dévitalisation des dents et le plombage des canaux dentaires ne doivent plus être employés, car le risque de créer un foyer d'infection est trop grand. D'autre part, l'extraction de dents dévitalisées doit être pratiquée toutes les fois qu'on trouve une maladie d'origine focale. Il en est de même pour les amygdales qui doivent être enlevées, en pareil cas, qu'elles paraissent ou non malades.

P.-E. Morhardt.

Monnier. *Une complication rare de l'appendicite; un cas d'abcès de la rate* (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, t. LXI, n° 29, 18 Juillet 1931). — Il s'agit d'un garçon de 12 ans, malade depuis 3 semaines, chez lequel on constate l'existence d'un abcès appendiculaire dans le petit bassin, abcès qui est ouvert; 8 mois plus tard, l'enfant qui était très bien jusqu'alors commence à présenter une température assez élevée et des frissons. On constate un peu de sensibilité dans l'hypochondre gauche, ainsi que dans le douglas droit. On procède alors à l'extirpation de l'appendice qui montre que cet organe n'est pas en cause et une ponction dans la région sous-phrénique ramène du pus à coli. Mais dans la soirée l'enfant meurt.

A l'autopsie, on constate une péritonite purulente localisée à l'hypochondre gauche; la rate à peine augmentée de volume présente 4 perforations.

La membrane pyogène de l'abcès est épaisse et ancienne, de sorte que celui-ci doit s'être formé au moment de la suppuration du bassin.

Ces abcès peuvent être la conséquence soit d'un infarctus ou de métastase, soit de lésion traumatique, ou soit encore d'infection par contiguïté. Dans le premier cas, la typhoïde, le typhus récurrent, la dysenterie, plus rarement les phlegmons peuvent être la cause déterminante. Il faut admettre alors que les germes, après avoir traversé la circulation porte, gagnent la rate.

Le pronostic des abcès de la rate est mauvais si on n'arrive pas à les évacuer à temps. La mortalité atteindrait 80 à 100 pour 100.

Les symptômes ne sont pas très caractéristiques et bien souvent les douleurs peuvent complètement manquer. Le traitement habituel est la splénectomie, mais pour que cette intervention réussisse, il est nécessaire que le diagnostic soit précoce.

La conclusion de cette observation, c'est, pour l'auteur, que l'appendicite doit être opérée précocement et que, parmi les complications de cette maladie, on doit faire figurer l'abcès de la rate.

P.-E. Morhardt.

Ernst Baumann. *Migration d'ascaris dans les voies biliaires comme conséquence d'une plaie mortelle* (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, t. LXI, n° 32-33, 8 Août 1931). — Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui, au cours d'une promenade en ski, fait une chute pendant laquelle son bâton pénètre assez profondément au-dessous du rebord costal droit sans cependant léser la peau. Le lendemain, le malade a une selle noirâtre et puis, peu après, il apparaît de la fièvre et des signes d'irritation péritonéale. Une intervention montre que le péritoine contient un exsudat séreux et qu'il existe, à droite, un abcès rétropéritonéal. L'ouverture de la région lombaire permet d'évacuer du pus et du contenu intestinal bilieux. Après cette intervention, l'état s'améliore, mais le 10e jour, il y a aggravation brusque, il apparaît de l'ictère et le malade meurt.

A l'autopsie, on trouve dans l'anse descendante du duodénum une perforation qui conduit dans la cavité de l'abcès d'ailleurs bien drainé.

D'autre part, l'estomac et le grêle contiennent plusieurs ascaris. L'extrémité postérieure de l'un d'eux sort de la papille de Vater, tandis que son extrémité antérieure se trouve dans le canal cystique. Un second ascaris a son extrémité postérieure dans le cholédoque et son extrémité antérieure dans le canal hépatique. Ces deux vers remplissent complètement les canaux biliaires.

L'auteur remarque, à ce sujet, que les jeunes gens soignés à l'hôpital Langelthal présentent des ascaris 90 fois pour 100, et que, dans cette observation, la plaie est certainement en cause dans la migration des parasites dans les voies biliaires.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Vienne et Munich)

H. Regelsherger. ***L'électro-dermatogramme*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 27, 4 Juin 1931). — R. a décrit, dans des travaux antérieurs, des variations rythmiques dans la résistance de la peau humaine à un courant électrique continu. Cette résistance varie au cours de la journée et ces variations présentent 3 types. Comme on l'apprécie en mesurant la force du courant nécessaire, on constate que les chiffres sont bas (et la résistance élevée) avant midi et le soir. Dans un premier type, ces deux minima sont réunis par un plateau. Dans un second type, ce plateau est interrompu par une chute vers 4 heures de l'après-midi, et dans le type 3, on observe une élévation supplémentaire vers 9 ou 10 heures du matin. En somme, on observe des relations étroites entre les repas principaux du matin, du midi et du soir et cette courbe. Les chiffres obtenus sont remarquablement identiques pour toutes les régions du corps. Par conséquent, ils sont sous la dépendance du sang.

En faisant des recherches de ce genre chez des malades atteints de méningite tuberculeuse et sur le point de mourir, l'auteur a constaté que la courbe s'élève au moment de l'agonie en même temps que le pouls devient plus mauvais et qu'au moment de la mort, cette courbe devient horizontale. Celle-ci doit donc être considérée comme d'une régulation centrale nerveuse ou d'une régulation humorale se produisant par l'intermédiaire de l'expression d'un phénomène vital en relations avec le système nerveux végétatif. D'autre part, en cas de paralysie motrice, la courbe est identique, qu'il s'agisse d'un membre paralysé ou non. En cas de paralysie avec trouble de la sensibilité, il y a parfois une différence marquée, la courbe du membre paralysé étant de beaucoup la plus élevée. Il semble donc que la suppression des racines postérieures supprime une propriété par laquelle la courbe est normalement maintenue basse. Cette modification de la résistance de la peau s'est montrée surtout marquée lorsqu'il s'agit d'une paraplégie qui s'accompagne d'ulcère trophique à évolution particulièrement rapide et maligne. Ces phénomènes électriques sont donc en relations étroites avec les fonctions trophiques de la peau qui sont liées à celles des membranes séparant les cellules et peuvent être ou extrêmement perméables, ou, au contraire, extrêmement étanches.

Les variations dans l'excitabilité du centre respiratoire sont également rythmées et sous la dépendance des repas, comme les variations de la température et celles de la résistance électrique de la peau. En effet, Straub et Mettenleitner ont montré que la courbe de CO^2 présente 3 maximums survenant après les 3 principaux repas. Enfin les variations des phénomènes électriques de la peau sont en relation avec les variations de l'acidité urinaire. Il s'agirait dans cette fonction cutanée d'un phénomène complexe dans lequel l'équilibre acide-base joue un rôle important. Cependant il y a lieu de noter que la courbe de l'effet spécifique dynamique, consécutive à un repas d'albumine, dure beaucoup plus longtemps que les modifications de la résistance cutanée déterminée par ce même repas. Néanmoins, la résistance cellulaire, c'est-à-dire l'échange des substances gazeuses et plus spécialement de O^2 et de CO^2 intervient dans ce phénomène. Chez les cardiaques décompensés, cette résistance de la peau est très irrégulière en même temps que très profondément modifiée.

Au cours d'un petit travail, on n'observe guère de modifications. Par contre, un travail considérable élève la courbe qui revient assez rapidement à la normale chez des sujets sains. Cette courbe du travail est uniformément horizontale en cas de maladie de Basedow dans laquelle la vitesse de la circulation du sang augmente comme dans le travail. Ainsi cette résistance de la peau n'est pas seulement en relations avec le trophisme mais aussi avec la circulation, association qui est encore plus nette quand on compare ce phénomène avec le CO^2 alvéolaire. On arrive ainsi à constater que la courbe cutanée reste élevée non pas parce que la vitesse de la circulation reste grande, mais parce que l'élimination de CO^2 persiste. Chez certaines personnes, la courbe de la peau s'est montrée remarquablement constante et il a semblé alors s'agir d'individus dont la constitution psycho-végétative donne l'impression d'être bien équilibrée. Il semblerait donc que cet électro-dermatogramme puisse aider à apprécier la constitution.

P.-E. MORHARDT.

H. Baumann et **C. Schilling.** ***Recherches sur l'opacification de la rate et du foie; 1re communication*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 27, 4 Juin 1931). — B. et S. commencent par rappeler entre autres les recherches de Radt qui a eu l'idée de recourir à des substances colloïdales capables de se déposer dans le système réticulo-endothélial. Au début, il s'agissait d'une substance peu stable, utilisable seulement chez l'animal. Mais les auteurs ont eu l'occasion d'employer la préparation 1073 Heyden qui représente un sel de thorium ne floculant pas avec les liquides organiques et contenant 25 pour 100 de dioxyde de thorium. Cette préparation aurait un degré de dispersité plus favorable que les préparations utilisées primitivement par Radt.

Les auteurs ont d'abord recherché la quantité minimum nécessaire pour obtenir une ombre de la rate et du foie chez le lapin de 2 kilogr. Ils ont ainsi constaté qu'on arrive à un résultat avec 1 cmc d'une solution à 25 pour 100, l'ombre apparaît déjà quinze minutes après l'injection et atteint le maximum au bout de deux heures. Des injections ultérieures, faites deux fois par jour à la dose de 3 cmc, jusqu'à ce qu'on ait atteint une quantité globale de 12 cmc, rend l'ombre plus dense et permet même de différencier les divers lobes du foie. Dans un cas d'hémangiome de la rate, on a constaté que l'ombre était beaucoup plus dense au niveau de la zone malade.

Les radiographies ultérieures ont montré que la densité de l'ombre s'accentue du troisième au vingtième jour, après quoi elle diminue.

Les recherches histologiques ont fait voir que les cellules étoilées ne sont pas tout d'abord très augmentées de volume, mais présentent des granules incolores très fins et brillants; ces constatations ont été faites aussi bien dans le foie que dans la rate. Au bout de vingt-quatre heures, ces cellules sont gonflées et bourrées de granules. Au bout de quinze jours, elles atteignent presque le volume d'une cellule du foie et sont ovales ou arrondies avec un noyau un peu aplati. Il apparaît alors quelques rares granules dans les cellules hépatiques elles-mêmes.

Les follicules lymphatiques de la rate sont normaux. Mais dans la pulpe de la rate, on trouve des cellules arrondies dont le protoplasma est bourré au maximum de granules plus ou moins fins et brillants. Il ne semble pas que le thorium ainsi emmagasiné par les tissus devienne radioactif car il n'influe pas la plaque sensible.

B. et S. ont enfin étudié les fonctions de la rate comme organe de réserve pour le sang circulant. Chez le lapin, ils ont constaté, après injection d'adrénaline, une diminution du volume de la rate de 13 pour 100 chez le lapin et de 45 pour 100 au maximum chez le chien. En faisant courir l'animal pendant quinze minutes, la diminution est de 33 pour 100. L'éphédraline diminue d'abord le volume de la rate comme l'adrénaline, puis au bout d'une heure détermine une augmentation pouvant atteindre 50 pour 100.

P.-E. MORHARDT.

Ernst Meinicke. ***La réaction de clarification dans la syphilis (M. K. R.) pratiquée avec des sérums actifs*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 28, 11 Juin 1931). — La réaction de clarification de Meinicke peut être réalisée sous trois formes: réaction de floculation macroscopique avec lecture à la loupe, réaction de floculation microscopique, et enfin réaction de la clarification visible à l'œil nu. Pour ces trois formes, les mêmes prescriptions générales doivent être observées. Les épreuves sont faites dans de petits tubes à réaction de 8 cm. de longueur sur 1 cm. de diamètre intérieur. On prend toujours 0 cmc 2 de sérum et 0 cmc 5 d'une dilution d'extraits. Ces mélanges doivent se faire rapidement. Les extraits contiennent les substances insolubles dans l'éther et solubles dans l'alcool du cœur de bœuf, et, en outre, 2,25 pour 100 de baume de tolu; ces extraits doivent être conservés à la température du laboratoire.

Pour les dilutions, on prépare une solution à 3,5 pour 100 de chlorure de sodium dans laquelle on dissout une partie de carbonate de soude anhydre pour 100 cmc. On prépare les solutions nécessaires pour l'emploi en ajoutant à 1 cmc 5 ou à 3 cmc de cette solution sodée, suffisamment de la solution de chlorure de sodium à 3,5 pour 100 pour faire 100 cmc. Ces dernières solutions doivent être renouvelées au moins toutes les semaines.

Pour réaliser les épreuves, on chauffe la quantité nécessaire d'extraits et la solution sodée à 57 ou à 58°, puis on opère rapidement le mélange et on replace le tout pendant deux minutes au bain-marie.

Pour la réaction macroscopique, on fait deux séries. Dans la première, on dilue une partie d'extrait avec six parties de solution sodée à 0,03 pour 100. Pour la seconde, on prépare une partie d'extrait avec dix parties de cette solution. Une fois que ces mélanges sont faits, on ajoute à 0 cmc 2 de sérum actif, 0 cmc 5 de la dilution d'extrait correspondante. La lecture de la réaction se fait à la loupe, au bout de quarante-cinq minutes, à la température de la chambre, en utilisant comme lumière une forte ampoule dépolie. Quand la réaction est négative, le liquide a, dans les deux tubes, une teinte jaune brun sans trace de floculation. Dans la réaction fortement positive, le liquide est blanchâtre et présente des floculations épaisses et sombres. Pour faire convenablement cette lecture, il est d'ailleurs nécessaire d'être entraîné.

La réaction de floculations microscopiques se fait en prenant, dans les tubes, une goutte des liquides en réaction et en la déposant sur une lamelle propre qu'on maintient ensuite dans une chambre humide à 20°. Les gouttes doivent être faites avec un soin spécial pour donner de bons résultats. La lecture se fait avec un grossissement de 60 et parfois encore plus considérable. Les deux séries de tubes doivent être évaluées séparément. Quand la réaction est négative, le champ microscopique est régulièrement granuleux et jaunâtre. Quand la réaction est fortement positive, on constate l'existence de grumeaux et flocons épais et sombres formant parfois un réseau. La première série représente la M. K. R. sous sa forme la plus précise. Elle est à peu près aussi sensible que la « présumptive-test » de Kahn. Sa non-spécificité est donc un peu augmentée. Le seconde série est une épreuve particulièrement sûre de syphilis.

La réaction de clarification se fait également en deux séries. Les liquides ne doivent avoir une température ni supérieure à 20°, ni inférieure à 16°. La lecture se fait au bout de seize à vingt heures à l'œil nu. Quand elle est négative, les liquides sont également laiteux dans les deux tubes. Quand la réaction est fortement positive, on constate l'éclaircissement complet de la colonne de liquide.

Ces réactions peuvent être associées au gré du chercheur. On emploie alors, par exemple, pour la réaction de clarification, une solution sodée de 0,02 pour 100 au lieu de 0,015 pour 100, etc. En outre, on peut associer les réactions de floculations macroscopiques et microscopiques ou encore, dans la réaction de clarification, on peut suivre à la fois la macrofloculation et la microfloculation.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für UROLOGISCHE CHIRURGIE (Berlin)

H. U. Gloor (Zurich). ***Contribution à l'étude des rapports entre la médecine interne et l'urologie: 1° la cystite hémorragique en foyer; 2° de l'anémie dans l'infection colibacillaire chronique des voies urinaires*** (*Zeitschrift für urologische Chirurgie*, tome XXXII, fasc. 3-4, 26 Juin 1931). — A la suite de maladies infectieuses, en particulier après angine, influenza, suppuration locale, peut se développer par voie sanguine, une *cystite hémorragique en foyers*. On ne peut dire s'il s'agit de processus emboliques directs ou d'une pure influence de toxines à distance.

Il semble bien qu'il existe une relation entre les glomérulo-néphrites en foyers et les cystites à foyers hémorragiques. Un certain nombre de cas décrits comme purpura hémorragique vésical semblent bien un stade de l'évolution de la cystite hémorragique en foyers. Il faut bien distinguer ces inflammations localisées de la vessie, des légères glomérulo-néphrites, surtout au point de vue thérapeutique.

Sur 77 cas de cystite isolée, la forme en foyers hémorragiques a été observée 11 fois (14,4 pour 100).

L'infection colibacillaire des voies urinaires, dans les cas sérieux, s'accompagne d'*anémie secondaire*, en particulier quand elle s'éternise dans le bassinet. On note des chutes d'hémoglobine dont le taux s'abaisse jusqu'à 45 pour 100. La guérison ou l'amélioration de la maladie va de pair avec un relèvement de l'hémoglobine. Ce relèvement est lent si l'on ne recourt pas à une thérapeutique par l'arsenic et le fer; mais cette thérapeutique reste inefficace tant que l'infection locale n'est ni guérie ni améliorée.

Les voies urinaires et, en particulier, le bassinet se prêtent fort bien aux résorptions des toxines; à l'inverse de ce qui se passe pour l'intestin, le sang qui vient du foyer inflammatoire ne subit pas immédiatement l'action antitoxique du foie; il a le temps d'exercer une action néfaste sur la moelle osseuse.

Un cas d'anémie pernicieuse fut grandement aggravé par une cystite colibacillaire et ne put s'améliorer qu'après cessation des troubles urinaires.

G. Wolfromm.

THE GLASCOW MEDICAL JOURNAL

A. Young. ***La place de la sympathectomie périartérielle, de la ganglionectomie et de la résection du sympathique dans le traitement de certaines maladies vasculaires et autres conditions (fin)*** (*The Glasgow Medical Journal*, tome CXVI, n° 1, Juillet 1931). — Après avoir minutieusement exposé les techniques auxquelles il donne la préférence pour la résection des ganglions sympathiques et de la chaîne adjacente soit dans la région cervicale, soit dans la région thoracique, soit dans la zone lombo-sacrée, Y. donne quelques exemples des beaux résultats que l'on peut obtenir avec cette méthode thérapeutique.

Dans le syndrome de Raynaud on a pu obtenir des résultats tels qu'il est possible de parler de guérison. Il rapporte l'observation d'une jeune femme où l'opération pratiquée d'abord sur un membre inférieur, puis sur un membre supérieur, permet mieux de juger l'efficacité de la thérapeutique par comparaison avec le côté opposé non modifié.

Lorsqu'il y a oblitération artérielle plus ou moins complète, l'injection intraveineuse d'une albumine non spécifique provoque une violente élévation de température locale, telle qu'elle constitue véritablement un index vaso-moteur permettant de prévoir l'efficacité de la ganglionectomie.

Dans un cas de calcification des artères iliaques, se traduisant par la claudication intermittente des membres inférieurs et une impotence presque complète, la résection des ganglions et de la chaîne lombaire permit au malade de reprendre son travail et depuis le résultat s'est maintenu.

Dans quelques cas de thromboangéite oblitérante de Buerger on a constaté des résultats très satisfaisants. L'observation d'une jeune femme vient en témoigner.

Y. n'a pas d'expérience personnelle sur l'efficacité de la méthode sur certaines arthrites chroniques, mais dans quelques cas bien choisis on a rapporté des résultats remarquables.

Dans le traitement de la rétinite pigmentaire les résultats de la résection ganglionnaire sympathique sont moins bons. Sur 5 cas, on obtint une fois une amélioration nette de la vision; dans les 4 autres l'augmentation de l'acuité visuelle et l'élargissement du champ visuel furent peu marqués et l'on manque de recul pour juger le résultat définitif.

La maladie de Hirschsprung et certains types de constipation semblent bénéficier de la section des nerfs sympathiques de la partie distale du côlon et du rectum. Avec la technique de Rankin Learmouth, Y. n'obtint qu'un demi-résultat, car si la malade est bien, elle est obligée de recourir systématiquement aux lavements pour évacuer son intestin.

Enfin, dans certains cas de miction difficile et douloureuse, la section des nerfs et des ganglions présacrés, à l'origine des nerfs hypogastriques, pourrait être tentée.

Robert Clément.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

J. Lerman et **J. H. Means.** ***Comparaison des effets de l'iodure d'éthyle et de l'iodure de potassium avec ceux du liquide de Lugol dans le goitre exopthtalmique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXI, n° 6, Juin 1931). — L'inhalation prolongée d'iodure d'éthyle, à la dose de 2 à 4 cmc par jour, ou l'ingestion quotidienne de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 d'iodure de potassium, se sont montrées entre les mains de L. et M. tout aussi actives pour abaisser le niveau du métabolisme basal que les doses de liquide de Lugol habituellement employées dans le goitre exophtalmique. En dehors du métabolisme basal, les autres symptômes de la maladie furent modifiés par l'iodure d'éthyle et par l'iodure de potassium de la même façon que par le liquide de Lugol. L'évolution post-opératoire se montra identique à la suite de la thyroïdectomie chez les trois groupes de malades qui recevaient chacun un de ces composés iodés.

On doit en conclure que l'iode exerce ses effets caractéristiques dans le goitre exophtalmique, indépendamment du type de composé iodé employé et de la voie suivie pour l'administrer.

Les auteurs estiment que la solution d'iodure de potassium est préférable au liquide de Lugol, car tout en étant aussi efficace, elle a une saveur moins désagréable.

P.-L. Marie.

O. M. Gruhzit. ***L'anémie produite chez le chien nourri avec des oignons; rôle de certaines fractions de l'oignon et des composés bisulfurés*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXI, n° 6, Juin 1931). — Sebrell a montré qu'en nourrissant des chiens avec des oignons, on pouvait déterminer chez eux une anémie sévère. G. confirme ces résultats: avec 15 gr. d'oignons frais par kilogramme d'animal, donnés tous les jours, on détermine au bout de sept jours chez le chien une destruction considérable des hématies avec passage de l'hémoglobine dans le sérum. Puis, si l'on continue cette alimentation, une tolérance s'établit.

G. a recherché le facteur responsable de cette anémie grave. Le passage des oignons à l'autoclave n'atténue pas leurs propriétés globulicides. Le jus d'oignon desséché cependant est moins actif que le jus frais. Le produit de distillation des oignons soumis à un courant de vapeur pour en obtenir l'essence, ainsi que le résidu de la distillation, se montrèrent peu efficaces.

Pensant néanmoins que l'essence d'oignon qui renferme surtout du bisulfure d'allyl-propyle devait être incriminée, G. a donné à des chiens, à défaut de ce dernier, des bisulfures chimiquement voisins, bisulfure d'allyle et bisulfure de tolyle, qui, eux aussi, déterminèrent une anémie grave d'origine hémolytique. La rapide hémolyse des globules rouges est suivie d'une leucocytose élevée et de signes d'une active régénération des hématies (apparition de normoblastes, poussée de réticulocytes). Le bisulfure de benzyle, bien qu'isomère du bisulfure de tolyle, ne possède aucune propriété hémolytique, peut-être parce qu'il est décomposé dans le tube digestif avant de passer dans le torrent circulatoire, ou oxydé avant d'être absorbé, comme les composés benzyliques. La cystine, constituée par du soufre lié à un acide aminé, se montra peu active, peut-être parce qu'elle se trouve décomposée dans l'intestin.

L'action hémolytique des bisulfures de propyle et de tolyle se rapproche de celle de la phénylhydrazine, bien que ce corps soit de nature chimique dissemblable.

P.-L. Marie.

J. E. Connery et **N. Jolliffe.** ***Réapparition de l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique dans un cas d'anémie pernicieuse*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXI, n° 6, Juin 1931). — L'anachlorhydrie est une des caractéristiques les plus constantes de l'anémie pernicieuse. On admet généralement que l'hépatothérapie est incapable de faire réapparaître l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique. Toutefois, Keefer a constaté à la suite de ce traitement une production d'acide bien plus grande, sans que le virage du réactif au diméthyl-amino-azobenzène puisse cependant être obtenu. C. et J., qui ont étudié les modifications de l'acidité gastrique chez 11 malades atteints d'anémie pernicieuse, n'ont pas observé de changement notable dans l'acidité sous l'influence de l'hépatothérapie. Toutefois chez un autre de leurs malades, âgé de 69 ans, présentant une anémie pernicieuse typique avec atteinte des cordons postérieurs, ils purent constater, après hépatothérapie, le retour de la réaction de l'acide chlorhydrique libre quatre-vingt-dix minutes après l'injection d'histamine. Ce cas exceptionnel est à rapprocher de ceux de Heeres et de Shaw, le dernier de ceux-ci n'ayant pas reçu de foie.

P.-L. Marie.


OXYGENASE
apporte à l'
Organisme
pour
sa défense
et
son meilleur
fonctionnement
une sélection rationnelle
de
VITAMINES
Troubles de la nutrition et leurs conséquences
Arthritisme
Tuberculose
Dose:
6 dragées par jour
soit deux avant
chaque repas
LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
8, Rue Vivienne, PARIS (2e)


HYGIÈNE ET SAUVEGARDE
DU
FOIE
PAR LA
BOLDORHÉINE
MODE D'EMPLOI
En petites capsules ovoïdes, aux repas avec une gorgée d'eau
DOSE
2 à 4 par jour par périodes alternées de 8 à 10 jours
Insuffisances hépatiques légères dans
toutes leurs formes avec ou sans ictère,
avec ou sans lithiase.— Foie Paludéen
Laboratoire de Pharmacologie Générale. 8, rue Vivienne PARIS (IIe)


ALZINE
ASTHME
EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES
Cas aigus : 4 à 5 pilules par jour pendant 5 jours.
Dose préventive : 2 pilules par jour pendant 15 jours.
ANTISPASMODIQUE PUISSANT - SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX
DIUROBROMINE
ALBUMINURIE
ASCITES - PLEURÉSIE
Dose diurogène : 3 à 4 cachets par jour pendant 5 jours.
Dose diurotonique : 1 à 2 cachets par jour pendant 10 jours
CONTRE TOUTES LES INSUFFISANCES RÉNALES
DIUROCARDINE
CARDIOPATHIES
NÉPHROPATHIES - PNEUMOPATHIES
Dose forte : 2 à 3 cachets par jour pendant 10 jours
Dose cardiotonique : 1 cachet par jour pendant 20 jours.
ACTION IMMÉDIATE - TOLÉRANCE ABSOLUE
DIUROCYSTINE
CYSTITES - URÉTHRITES
GOUTTE - RHUMATISMES
Cas aigus : 5 cachets par jour pendant 6 jours.
Cure de diurèse : 2 cachets par jour pendant 15 jours.
DIURASEPTIQUE - ANTIARTHRITIQUE
LABORATOIRES L. BOIZE ET G. ALLIOT
9, AVENUE JEAN JAURÈS LYON 7e


COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES
MICTASOL
DÉCONGESTIF PELVIEN
ANTISEPTIQUE URINAIRE
SÉDATIF GÉNITAL
Échantillons et Littérature : LABORATOIRES DU MICTASOL, 28 et 30, Rue du Four, PARIS (VIe)

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Ferraro et **Davidoff.** ***Résultats de l'extirpation partielle et complète du cervelet chez le chat*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, t. XXVI, nº 1, Juillet 1931). — L'existence de centres bien localisés dans le cervelet est depuis longtemps l'objet de controverses, et a été longtemps l'objet d'opinions opposées. Récemment, alors que Horsley et Clarke, Mussen, ont abouti en utilisant l'excitation électrique, à la conclusion qu'il existe des centres bien localisés dans le cervelet, Riley par des études d'anatomie comparée aboutit à l'opinion contraire.

F. et D. apportent leur contribution personnelle à cette question. Ils ont chez des chats excisé des portions bien délimitées du cervelet, et observé les troubles qui en résultent. Ils aboutissent aux conclusions suivantes:

1º Les lobes latéraux du cervelet contrôlent la synergie de tous les muscles du même côté du corps;

2º Le lobule paramédian semble aussi posséder une action synergique de contrôle sur les deux membres antérieur et postérieur du même côté; l'aire contrôlant le membre antérieur chez certains animaux ayant un siège plus frontal que celle qui contrôle le membre postérieur;

3º Le Crus I du lobe ansiforme contrôle la synergie des 2 membres antérieurs et postérieurs, mais surtout les antérieurs. Toutefois, il n'y a pas de zone localisée correspondant à l'un des deux membres antérieur ou postérieur;

4º Si à la résection du Crus I et du Crus II on surajoute celle du paraflocculus, l'asynergie de la queue est plus nette;

5º Le lobus simplex n'a pas d'action synergique appréciable sur les muscles du cou et du tronc;

6º La portion latérale du lobe antérieur (lobulus IV lateralis) semble avoir une action sur la synergie des muscles des membres homo-latéraux;

7º Le vermis ne semble également pas posséder de centres bien définis. Il contrôle globalement la musculature de la tête, du cou et du tronc;

8º La portion vermienne du lobe antérieur contrôle la synergie musculaire du cou qui siège dans le culmen (lobulus IV vermalis). La résection de cette région provoque une asynergie des muscles du cou sans intéresser le reste du tronc;

9º La partie restante du vermis sert d'une façon globale à la régulation de la musculature du tronc. Toutefois le clivus, le folium, le tuber et la partie antérieure de la pyramide règlent plus spécialement la synergie de la ceinture scapulaire et de la partie antérieure du tronc; alors que la pyramide, l'avula et le nodulus règlent de préférence la synergie des muscles de la ceinture scapulaire et de la partie postérieure du tronc;

10º La résection de tout le vermis entraîne une dysmétrie considérable de tout le tronc, particulièrement accentuée pour sa partie postérieure;

11º La résection simultanée du vermis et des lobes, c'est-à-dire la décérébellation totale, entraîne une dysmétrie marquée du tronc et des membres, qui se compense et s'atténue très lentement. Chez le chat, la perte de la coordination est surtout accentuée pour la partie postérieure du corps.

H. Schaeffer.

Cave. ***La narcolepsie*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, t. XXVI, nº 1, Juillet 1931). — La narcolepsie, décrite d'abord par Westphall en 1877, doit son nom à Gélineau en 1880, qui la considéra comme une névrose spéciale.

Depuis cette époque, des cas multiples de narcolepsie de type différent ont été rapportés, surtout dans la littérature germanique.

Dans cet important mémoire, C. rapporte 45 observations de narcolepsie minutieusement analysés et discutés. Les impressions générales que l'auteur retire de cette étude sont les suivantes.

Il faut faire rentrer dans la narcolepsie les attaques soudaines de sommeil, et la cataplexie caratérisée par une perte soudaine du tonus musculaire, accompagnée parfois d'un facteur émotionnel.

Ces attaques de sommeil présentent de nombreux caractères qui les différencient du sommeil normal: leur début soudain, irrésistible, indépendant d'un sommeil antérieur, leur courte durée; le caractère léger du sommeil qui fait que le malade est réveillé par la plus minime excitation. Il existe toutefois entre le sommeil normal et pathologique une similitude suffisante pour que le terme « d'attaque de sommeil » soit justifié; et que l'on soit amené à penser qu'ils relèvent tous deux d'un mécanisme étiologique commun.

Les observations rapportées montrent que les attaques de sommeil sans cataplexie, la cataplexie sans attaques de sommeil, et l'association des deux peuvent également s'observer.

La narcolepsie survient dans les deux sexes. Elle est essentiellement un état chronique, susceptible d'entraîner une certaine incapacité pour les sujets qui en sont atteints, mais qui ne présente pas de gravité pour son existence. Certains auteurs ont tenté de distinguer les attaques de sommeil de la catalepsie. Il semble toutefois que leur début soudain, la brièveté des deux types d'attaque, la terminaison également soudaine dans les deux cas des crises, permettent de rapprocher ces accidents et de leur reconnaître une commune origine.

L'existence de rêves pendant les attaques diurnes de sommeil, accompagnée d'insomnie nocturne marquée et de rêves vivants, indique que l'on se trouve en présence d'un mécanisme aussi bien troublé pour l'état diurne que pour l'état nocturne.

Les causes de narcolepsie sont variables et souvent difficiles à saisir. La narcolepsie est parfois idiopathique, se rencontre au cours des néoplasmes intracraniens, constitue une séquelle fréquente de l'encéphalite épidémique. L'association fréquente de la narcolepsie, de l'obésité et de la polyurie, fait penser à un trouble des centres végétatifs du mésencéphale, et de l'appareil endocrine.

La narcolepsie se rapproche en outre, par ses caractères cliniques, d'autres états tels que la myoplégie et l'épilepsie, sans qu'il soit possible de préciser davantage actuellement le lien qui les unit.

C. rappelle les travaux de Pavlov sur les réflexes conditionnels où la production du sommeil est la conséquence d'un processus interne d'inhibition, et montre l'intérêt qu'ils présentent pour interpréter la narcolepsie. L'auteur étudie en outre les symptômes anormaux qui peuvent se produire dans la narcolepsie, et en particulier la diminution du tonus musculaire, l'abolition des réflexes tendineux et l'existence de l'extension du gros orteil, phénomènes qui appartiennent à la fois au sommeil normal et pathologique.

H. Schaeffer.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

F. Nord. ***La cholécystographie dans l'hépatite aiguë (ictère catarrhal)*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXV, nº 3, 26 Mai 1931). — Une des conditions préalables nécessaires à la réplétion de la vésicule biliaire par la tétraiodephénolphtaléine, c'est que le foie soit capable d'éliminer dans les voies biliaires la substance opaque. Les auteurs américains ont déjà fait observer qu'en cas d'ictère la cholécystographie ne donne pas toujours des résultats auxquels on puisse se fier.

Dans 8 cas d'ictère catarrhal typique, excepté chez une malade où une récidive se montra au bout d'un mois aboutissant à la mort par atrophie jaune et cirrhose, N. a pratiqué une cholécystographie après absorption par la bouche de tétraiodephénolphtaléine, douze heures avant la radiographie, et il a suivi l'évolution de l'ictère au moyen d'analyses du sérum sanguin, attachant surtout de l'importance à l'épreuve de Meulengracht (appréciation de la teneur du sérum en pigments biliaires au moyen de dilutions qu'on compare à une dilution de perchlorure de fer). Il a eu recours également à la méthode de van den Bergh et a fait dans quelques cas des épreuves à la bromosulfaléine.

Il résulte de ses recherches que dans l'ictère catarrhal la réplétion des voies biliaires fait souvent défaut, bien qu'il n'y ait aucune raison d'admettre des lésions des grosses voies biliaires ou de la vésicule. Il en est surtout ainsi quand l'ictère est en voie d'augmentation. Il semble donc exister au niveau du foie un certain parallélisme entre la capacité d'élimination des pigments biliaires et la faculté d'élimination de la substance opaque.

P.-L. Marie.

G. Becker. ***Le traitement de l'anémie bothriocéphalique par le foie, par les extraits hépatiques et par une préparation d'estomac*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXV, nº 3, 26 Mai 1931). — B. a traité 18 cas d'anémie bothriocéphalique de type pernicieux par le foie en nature, par divers extraits hépatiques ou par une préparation d'estomac, sans provoquer préalablement l'expulsion du ténia, sauf dans un cas où le traitement vermifuge précéda l'hépatothérapie.

Les résultats obtenus montrent qu'en général le foie, les extraits hépatiques, et aussi l'estomac, quoique l'action de ce dernier soit moins énergique, sont en mesure de guérir l'anémie bothriocéphalique et de provoquer une réaction réticulocytaire, celle-ci habituellement d'autant plus forte que l'anémie est plus grave, bien que les parasites n'aient pas été expulsés. Dans 2 cas traités par le foie et les extraits hépatiques combinés la réaction réticulocytaire fit défaut ; dans un troisième cas elle resta très faible; or, 2 de ces cas récidivèrent sous forme d'anémie pernicieuse cryptogénétique banale d'une façon certaine et le troisième semble bien suivre leur exemple.

Pratiquement B. estime qu'il vaut mieux attendre pour faire le traitement antihelminthique que l'anémie ait été améliorée par l'hépatothérapie, toutes les fois que le malade se trouve dans un état grave.

P.-L. Marie.

BRASIL MEDICO (Rio de Janeiro)

Annes Diaz. ***A propos du traitement de l'appendicite*** (*Brasil Medico*, tome XLV, nº 20, 16 Mai 1931). — D. attire l'attention sur le nombre de sujets opérés d'appendicite qui, après une rémission plus ou moins prolongée se remettent à souffrir parfois plus encore que par le passé. C'est que l'ablation ne suffisait pas, qu'il y avait d'autres lésions que l'on a laissées en place : cholécystites, ptoses du côlon, périduodénite.

Dans certains cas l'infection à point de départ appendiculaire avait déjà dépassé l'appendice, atteint le péritoine, la vésicule, les ganglions mésentériques, le duodénum. Il n'y a donc pas de raison pour qu'elle s'arrête. Les auto-vaccins constitueront dans la circonstance une bonne précaution. D'autre part avant les interventions, il est bon de vérifier l'azotémie, la chlorurémie, le pH sanguin et de traiter le malade en conséquence ; on répétera ces recherches après l'intervention. De même avant intervention dans un cas aigu, injecter dans les veines du sérum hypertonique.

Enfin, avec de Martel, D. insiste sur les conséquences des tiraillements du péritoine et du hile hépatique en cours d'intervention et sur leurs conséquences; ces hiles récèlent en effet de nombreux filets vago-sympathiques.

M. Nathan.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE (Paris)

P. Teissier, J. Reilly, E. Rivalier et **V. Stéfanesco** (avec la collaboration de **J. Bourgeois**). ***Les septicémies primitives dues au « bacillus funduliformis »; étude clinique, bactériologique et expérimentale*** (*Annales de Médecine*, tome XXX, n° 2, Juillet 1931). — Sous ce terme de septicémies primitives, les auteurs désignent toute infection généralisée, monomicrobienne, évoluant en l'absence d'un foyer gangreneux initial.

Ils en relatent 4 cas personnels observés depuis 1926. Le premier, déjà publié avec Layani, réalisait une septicopyohémie qui, en raison de la multiplicité des abcès, aboutit rapidement à un essaimage très abondant des microbes dans la circulation; subictère, grands accès fébriles, éléments vésiculo-pustuleux sur les téguments, mort rapide en adynamie, l'ensemble de la maladie n'ayant pas dépassé une semaine.

Le second cas, mortel aussi, fut cependant moins brutal: angine, puis phénomènes infectieux graves, pleuro-pneumonie, manifestations articulaires, subictère, gros foie; à l'autopsie, nombreux abcès nécrotiques des poumons, analogues à ceux que le sujet précédent présentait dans le foie.

La troisième observation est comparable, mais d'évolution plus lente: bactériémie suvie de localisations sur les plèvres et les articulations; mort par évolution d'un pyopneumothorax, qu'une intervention chirurgicale faite en temps opportun aurait peut-être permis d'éviter.

La quatrième malade réalisa le tableau d'une pyohémie curable avec métastases successives dans les articulations, les muscles et les gaines aponévrotiques.

Le tableau clinique de ces infections générales dues au *B. funduliformis* est donc essentiellement polymorphe. Le premier cas s'est présenté surtout comme une hépatite nécrosante, vraisemblablement consécutive à l'ingestion d'une conserve avariée, le germe ayant atteint le foie par la veine porte. Dans les trois autres la porte d'entrée fut le rhinopharynx: les angines paraissent donc une manifestation initiale habituelle. La septicémie peut ensuite engendrer des localisations métastatiques variées avec nécrose des parenchymes, mais le *B. funduliformis* ne paraît pas susceptible de reproduire à lui seul le processus gangreneux, avec sa putridité caractéristique. Les localisations articulaires et cutanées méritent une mention spéciale. Les malades présentèrent une anémie, qui s'accorde avec le haut pouvoir hémolytique du *B. funduliformis*. Le pronostic de ces septicémies est très grave.

Le diagnostic ne peut être établi que par l'hémoculture pratiquée à la fois dans des milieux aérobies et anaérobies.

T. et ses collaborateurs présentent une étude bactériologique minutieuse des échantillons de *B. funduliformis* isolés dans leurs 4 observations: caractères morphologiques, propriétés culturales et biologiques, propriétés antigènes. Avec ces germes, ils ont pu reproduire expérimentalement les principales localisations observées au cours des septicémies humaines, et démontrer que ces germes avaient acquis une grande virulence, contrairement aux constatations déjà anciennes de Hallé et Guillemot: dans les recherches de ces auteurs, il est vrai, le germe avait été isolé au cours de processus gangreneux dans une flore anaérobique extrêmement variée où il semblait un élément accessoire.

Bien au contraire, les observations de T., R., R. et S. montrent que le *B. funduliformis*, ayant acquis, dans des conditions qui restent obscures, une virulence exceptionnelle, peut engendrer les plus redoutables infections. Il conserve cette virulence, un certain temps du moins, vis-à-vis d'espèces animales comme le lapin, dont il détermine régulièrement la mort par injection intraveineuse. Mais il y a plus. Affranchi désormais de sa vie parasitaire, et végétant dans un organe déterminé, ce germe lègue à sa descendance la même prédilection. Autant d'échantillons étudiés, autant d'atteintes viscérales, uniques ou multiples, rappelant la localisation première, si bien que cette organotropie confère à chaque souche microbienne une véritable individualité. Elle témoigne d'une plasticité bien inattendue chez un représentant de la flore anaérobique qui végète le plus ordinairement en symbiose dans les foyers gangreneux. Cette étude expérimentale vient donner un singulier intérêt aux observations cliniques relatées par les auteurs.

L. Rivet.

Ch. Laubry, Mlle Th. Brosse et **A. van Bogaert.** ***Doubles tons et doubles souffles vasculaires au cours de l'insuffisance aortique*** (*Annales de Médecine*, tome XXX, n° 3, Octobre 1931). — Dans ce très important mémoire, L., B. et van B. reprennent l'étude du double ton de Traube et du double souffle crural de Duroziez, en faisant appel à tous nos moyens d'exploration moderne et en recueillant le plus grand nombre d'observations possible, au cours et en dehors de l'insuffisance aortique. Ils précisent les conditions expérimentales nécessaires pour faire apparaître et transformer ces signes, et donnent des graphiques recueillis au cours de leurs examens et leurs rapports avec les bruits vasculaires. Ces données leur permettent d'envisager la pathogénie.

En auscultant, disent-ils, un paquet vasculaire (artères et veines satellites), on peut entendre deux variétés de bruits: un ton et un souffle. Dans l'insuffisance aortique et dans un certain nombre d'états vasculaires sans parenté anatomique avec elle, on peut entendre, pour chaque révolution cardiaque, deux bruits vasculaires, qu'on appelle double ton ou double souffle, suivant leur timbre.

On distingue deux variétés de double ton et deux variétés de double souffle, suivant la position dans le temps des deux bruits qui les composent: 1° Le double ton ou double souffle est *systolique*, lorsque les deux bruits correspondent tous deux à la déformation systolique de l'artère et se succèdent l'un à l'autre à la manière d'un dédoublement du bruit systolique normal; 2° Le double ton ou double souffle est *systolo-diastolique* lorsque le premier bruit correspond à la systole et le second à la diastole: cette variété porte le nom de Traube ou de Duroziez selon qu'il s'agit d'un double ton ou d'un double souffle.

Les deux bruits du double ton et du double souffle systoliques correspondent aux deux ondes systoliques (primaire et secondaire) du pouls. Pour que l'onde secondaire engendre un bruit, elle doit être anormalement développée; ceci se réalise dans l'anacrotisme. La paroi artérielle doit en outre se trouver dans des conditions favorables pour produire un bruit. Celui-ci aura le timbre d'un souffle ou d'un ton, suivant que la paroi est hypotonique ou non, et selon le degré de compression exercée sur elle par le stéthoscope: une compression forte produit un souffle, une compression légère donne un ton, à moins que la paroi artérielle ne soit hypotonique (action de la fatigue et de la chaleur).

Les deux bruits du double ton de Traube et du double souffle de Duroziez correspondent à deux forces bien définies: la première est systolique, la deuxième agit pendant la phase du pouls comprise entre le sommet le plus élevé de l'artériogramme et l'onde dicrote. Cette force, en créant un reflux sanguin de la périphérie vers le cœur, favorise le retour sur elle-même de la paroi artérielle. Elle ne peut par conséquent pas s'inscrire sur un artériogramme puisqu'elle s'exerce dans le même sens que la phase descendante du pouls. Cette force ou mieux ce reflux diastolique existe spontanément dans l'insuffisance aortique; on peut la créer chez un sujet quelconque en plaçant un obstacle sur le parcours de l'onde tensionnelle ventriculaire (manchette pneumatique).

Pour que ce reflux diastolique engendre un bruit, il faut : 1° qu'il se produise avec une certaine force; 2° qu'il fasse vibrer une paroi placée dans des conditions susceptibles d'engendrer soit un ton (compression légère, paroi tonique, spontanément ou par le froid), soit un souffle (compression forte et hypotonie de la paroi spontanée ou provoquée par la chaleur). Cette dernière condition est nécessaire et indispensable pour provoquer un double souffle de Duroziez. Doubles tons et doubles souffles sont donc l'expression de deux forces nées dans une artère et faisant vibrer sur un mode spécial, caractéristique de son état physique et fonctionnel, la paroi artérielle explorée. Ils peuvent donc se produire au niveau de n'importe quelle artère, aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs. Leur timbre peut ne pas être identique d'un côté à l'autre..

Au point de vue clinique, L., B. et van B. n'ont entendu un double ton artériel systolique ou systolo-diastolique (Traube) chez aucun de leurs malades, à la simple auscultation artérielle sous une pression légère du stéthoscope. Au contraire, ils ont mis aisément en évidence ces deux signes en comprimant l'artère explorée en aval du stéthoscope. Chez quelques malades, ils ont entendu un triple ton, c'est-à-dire 3 bruits ainsi disposés: un dédoublement du bruit systolique suivi après un silence d'un ton diastolique. Ils ont observé ces 3 signes dans l'insuffisance aortique bien tolérée par le myocarde et dans les hypertensions et scléroses artérielles sans signes d'insuffisance sigmoïdienne.

Ils ont entendu un double souffle de Duroziez, à la simple compression de l'artère à l'aide du stéthoscope, et sans aucune autre manœuvre (telle une compression de l'artère en aval du stéthoscope), dans l'insuffisance aortique s'accompagnant d'un syndrome d'hypotonie artérielle caractérisé par une danse artérielle, un pouls unguéal, un indice oscillométrique très grand. Ce syndrome n'est que le syndrome artériel classique de cette affection Il doit être réalisé au complet pour qu'on perçoive un double souffle de Duroziez bien caractérisé, sans compression de l'artère en aval du stéthoscope.

Ce syndrome artériel indispensable à la production du double souffle de Duroziez par simple compression du stéthoscope s'observe au cours de l'insuffisance aortique dans trois conditions : 1° pendant la phase de défaillance myocardique d'une insuffisance aortique pure sans valvulite mitrale; 2° au cours d'une infection fébrile grave; 3° au cours de certaines dystonies neuro-végétatives.

En dehors de l'insuffisance aortique, L., B. et van B. n'ont entendu ou provoqué un double souffle de Duroziez qu'en comprimant l'artère explorée en aval du stéthoscope à condition que sa paroi ait été préalablement relâchée (action de la chaleur). Il en est de même au cours de l'insuffisance aortique avec syndrome artériel périphérique incomplet ou inexistant.

Si l'on peut par conséquent laisser au double souffle de Duroziez une valeur diagnostique et pronostique, il faut le rechercher par la simple compression du stéthoscope, et sans recourir à aucune

des manœuvres préconisées pour faciliter sa mise en évidence.

La coïncidence fréquente du double souffle de Duroziez et du syndrome complet d'hypotonie artérielle avec la phase de défaillance myocardique de l'insuffisance aortique en fait un signe pronostique d'une réelle valeur.

L. Rivet.

C. Pezzi. ***Sur une condition anatomique de l'œdème aigu du poumon dans les maladies de l'appareil circulatoire*** (*Annales de Médecine*, t. XXX, n° 3, Octobre 1931). — La condition ou le substratum anatomique favorisant l'apparition de l'œdème aigu du poumon dans les maladies de l'appareil mitral et surtout dans l'hypertension artérielle est représenté par la sclérose des vaisseaux pulmonaires et le syndrome radioscopique d'hypertension pulmonaire, ainsi caractérisé : dilatation de l'artère pulmonaire, accentuation plus ou moins nette de sa teinte, battements plus ou moins évidents; au niveau du poumon, ombres hilaires fortement augmentées de volume, à contours nets et réguliers, traînées vasculaires nombreuses s'irradiant du hile dans le champ pulmonaire par ailleurs clair, battements plus ou moins visibles des ombres hilaires et de leurs ramifications, pouvant parfois réaliser le phénomène de la danse hilaire, quand l'insuffisance des valves pulmonaires s'y associe.

Ce syndrome a une grande valeur dans l'hypertension artérielle. Les hypertendus de la grande circulation, présentant sur l'écran les signes de l'hypertension pulmonaire, sont des hypertendus de mauvais aloi, menacés par l'œdème aigu, prédisposés et voués aux apoplexies pulmonaires, aux thromboses des vaisseaux du poumon, à l'infarctus pulmonaire.

L. Rivet.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

F. Van Deinse. ***Contribution à la mise en évidence rapide de l'ultra-virus tuberculeux*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLVII, n° 2, Août 1931). — L'inoculation intra-péritonéale de filtrat de cultures jeunes de bacilles tuberculeux chez le cobaye est un moyen très sûr de mettre en évidence l'ultra-virus tuberculeux. Si l'on sacrifie les animaux 2 à 4 jours après l'inoculation, on trouve dans les ganglions mésentériques de nombreux amas caractéristiques de bacilles acido-résistants. Cette recherche permet pratiquement dans 100 pour 100 des cas de mettre en évidence l'ultra-virus tuberculeux lorsque celui-ci est présent dans le filtrat.

Cette mise en évidence nécessite souvent de très longues recherches sur les frottis ganglionnaires. Pour la rendre plus aisée, D. a essayé d'abord de concentrer l'ultra-virus en créant dans le filtrat un précipité susceptible de l'adsorber et, après centrifugation, de retenir tous les éléments dans le petit volume du culot. Cette méthode n'ayant pas donné de résultats, il a fait d'autres essais et, finalement, il a constaté que le développement des bacilles acido-résistants issus de l'ultra-virus est particulièrement favorisé par la présence de pus dans le péritoine. On peut provoquer artificiellement la formation de pus dans le péritoine du cobaye en injectant du phosphate de calcium précipité, 1 ou 2 jours avant l'injection péritonéale du filtrat. L'ultra-virus trouve dans le pus un milieu de culture favorable et les bacilles acido-résistants s'y rencontrent souvent en si grand nombre que les recherches sont considérablement facilitées.

Ce procédé permet de poser le diagnostic différentiel entre l'ultra-virus et la forme bacillaire du virus tuberculeux dans les produits pathologiques. L'ultra-virus donne naissance à des amas caractéristiques de bacilles acido-résistants dans les 3 premiers jours après l'inoculation. Puis ceux-ci disparaissent vers le 8e jour, tandis que les bacilles virulents n'apparaissent que le 10e jour dans le pus péritonéal et ne sont jamais groupés en amas.

Robert Clément.

C. Rubino (Montevideo). ***Sérodiagnostic de la lèpre par l'agglutino-sédimentation des globules de mouton formolés*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLVII, n° 2, Août 1931). — Il existe dans le sérum des lépreux une substance spécifique qui se fixe électivement sur les globules de mouton formolés et en amène l'agglutination et la sédimentation rapide. R. a réussi à mettre au point la technique d'une réaction qui met en valeur cette propriété du sérum des lépreux et pourra servir au diagnostic de la lèpre.

10 à 15 cmc de sang suffisent; la réaction se fait en 6 tubes à hémolyse. Comme certains sérums humains normaux ou pathologiques possèdent aussi la propriété d'agglutiner et d'amener la sédimentation des globules de mouton, pour éviter l'erreur qui pourrait résulter de ce fait, la réaction doit toujours se faire en présence de globules de mouton formolés et naturels. Les hétéro-agglutinines des sérums humains s'attachent indifféremment sur les globules de mouton naturels ou formolés, alors que les agglutinines des lépreux ne se fixent que sur les globules formolés.

On utilise les globules du sang de mouton défibriné, dilués dans du sérum physiologique au double du volume primitif du sang. A cette dilution globulaire, on ajoute 10 pour 100 de son volume de formol qu'on laisse agir 18 à 24 heures, à la température ordinaire, pour avoir les globules formolés.

La réaction doit être considérée comme positive quand elle se produit en moins d'une heure et que la sédimentation des globules formolés existe seule ou qu'elle est notablement plus marquée pour ceux-ci que pour les globules naturels. Elle est négative quand il n'y a pas d'agglutino-sédimentation ou quand la sédimentation est à peu près au même taux dans les 2 séries de globules naturels et formolés.

Sur 36 cas de diverses formes de lèpre, la réaction a été positive 27 fois, négative 7 fois et 2 fois douteuse. Sur 304 sérums provenant de divers malades, la réaction est restée négative, sauf dans un cas : chez un sujet qui, ayant fait plusieurs séjours aux colonies, présentait 2 nerfs cubitaux volumineux et des fourmillements dans les doigts correspondants; des examens ultérieurs éclaireront la réalité d'une contamination lépreuse dans ce cas.

Robert Clément.

R. Buttiaux et **A. Sevin** (Lille). ***Sur l'étiologie des colites ulcéreuses; étude clinique et expérimentale*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLVII, n° 2, 7 Août 1931). — B. et S. ont cherché à élucider l'étiologie des colites chroniques graves, ulcéreuses, en se livrant à des recherches bactériologiques sur des prélèvements faits par recto-sigmoïdoscopie et en étudiant la flore des complications rénales, vésiculaires, pulmonaires qui peuvent survenir.

Les colites infectieuses à bacille dysentérique représentent environ 5 pour 100 des cas de colites graves observées. La fréquence de ces manifestations colitiques secondaires dysentériques s'explique peut-être par le peu de défense de l'organisme vis-à-vis de ces germes (faible quantité des agglutinines dans le sérum des malades) ou par l'absence de bactériophages actifs dans certains cas.

Sur 132 cas de colites graves, on a isolé 12 fois un bacille de Morgan. Le bacille de Morgan semble être la plus fréquente des Salmonella à rôle étiologique net dans les colites ulcéreuses. B. et S. n'ont jamais trouvé de paratyphique A, B ou C.

La rectite ulcéreuse et la recto-sigmoïdite à gonocoques sont particulièrement graves et chroniques.

Le streptocoque, le staphylocoque, le bacille pyocyanique, le pneumobacille, le *B. perfringens* et les bacilles anaérobies, le colibacille, le protéus et l'entérocoque ont été maintes fois observés.

Certaines colites chroniques relèvent de germes spécifiques de cette affection. Ces germes sont fort rares, on n'en connaît que deux : celui de Bargen et celui isolé par B. et S. On peut les rencontrer à l'état de pureté dans les lésions humaines et reproduire avec eux expérimentalement la maladie chez le lapin. Les autres microbes, isolés dans les colites ulcéreuses chroniques, ne sont pas tous responsables de cette affection; beaucoup ne sont que des agents d'association. Pour affirmer le rôle pathogène d'un microbe, il faut avoir recours à des épreuves spéciales (intra-dermo-réaction positive, action nette des auto-vaccins, constatation simultanée du germe dans la lésion intestinale et en d'autres points de l'économie).

D'autres colites ulcéreuses, dites « de rappel », sont le fait du réveil de germes ayant provoqué autrefois une infection générale de l'organisme, guérie au moment où ont éclaté les accidents intestinaux. Telles sont les colites à Hiss ou Shiga, chez d'anciens dysentériques, à Friedlander, chez les malades guéris depuis longtemps d'une rhinite attribuable à ce germe, à Salmonella, chez d'anciens paratyphiques.

Une troisième catégorie de colites « de sortie » est occasionnée par l'exaltation de la virulence de germes banaux de l'intestin et leur localisation en certains points où la résistance a été amoindrie du fait d'un parasitisme exagéré ou pour toute autre cause.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

A. Dumas et **Amic.** ***La bronchite des hypertendus*** (*Lyon Médical*, t. CXLVIII, n° 27, 13 Septembre 1931). — Les hypertendus sont fréquemment des tousseurs. Les signes fonctionnels de la bronchite chez les hypertendus consistent en une toux assez particulière qui apparaît surtout la nuit ou seulement le matin au réveil, s'accompagnant d'une expectoration claire, séreuse, assez abondante. Il peut s'agir de véritables quintes avec cyanose et dyspnée qui font songer à tort à des crises d'œdème aigu. Les gros râles surtout inspiratoires perçus aux bases, l'expectoration séreuse légèrement spumeuse rapprochent ces phénomènes de la bronchique albuminurique de Lasègue. Ces bronchites sont particulièrement tenaces.

La bronchite est une complication précoce de l'hypertension artérielle, mais elle acquiert toute son intensité à la deuxième phase de l'hypertension. Elle est plus particulièrement marquée quand l'albuminurie fait son apparition.

Chez les hypertendus, en dehors de tout syndrome d'insuffisance cardiaque, on constate fréquemment des accidents pulmonaires.

Ces accidents sont vraisemblablement liés aux troubles circulatoires que l'hypertension générale crée dans le domaine de la petite circulation.

On peut distinguer la bronchite séreuse, la B. sanglante, la B. muco-purulente, la broncho-pleurite.

Le traitement symptomatique de la bronchite des hypertendus n'est autre que celui de l'œdème pulmonaire : saignées et digitale. Des diurétiques ont aussi leur indication. Quand la bronchite des hypertendus est commandée par la dilatation des bronches ou par la sclérose de l'artère pulmonaire, elle relèvera parfois d'une médication spécifique, mais elle sera le plus souvent tenace et ne cédera pas toujours à cette médication.

L'intérêt de cette bronchite chez les hypertendus c'est qu'elle peut être un des signes les premiers en date de l'apparition de l'insuffisance cardiaque.


Dragées ADRIAN
AU CHLORURE
DE MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé

Il faut savoir discerner les cas s'accompagnant d'un léger degré d'insuffisance cardiaque de ceux qui relèvent simplement d'une cause locale.

Robert Clément.

REVUE GÉNÉRALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE L'AFRIQUE DU NORD. ET DES COLONIES FRANÇAISES (Alger)

E. Aubertin. ***Le rôle du foie dans la pathogénie du diabète; les diabètes hépatiques*** (*Revue générale de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord et des Colonies françaises*, t. VIII, n° 154, 1er Septembre 1931). — Le rôle du foie dans la pathogénie du diabète est encore loin d'être fixé.

Le diabète ne saurait s'expliquer dans la majorité des cas par une production excessive de sucre hépatique, mais ce mécanisme est peut-être capable d'intervenir parfois; quelques faits expérimentaux semblent en faveur de cette possibilité.

Le diabète provoqué par la strychnine chez les animaux, les glycosuries par traumatisme nerveux semblent dus à une excitation de la glycogénolyse hépatique; mais il s'agit là en général d'un processus transitoire.

De nombreux travaux ont cherché à préciser si le diabète était dû à un défaut de fixation du glucose sous forme de glycogène au niveau du foie. La présence du foie n'est pas indispensable à l'action de l'insuline: il est difficile d'admettre qu'il existe primitivement dans le diabète lié à un déficit de l'action insulinienne un trouble fondamental de la glycogénie en général et de la glycogénie hépatique en particulier.

Existe-t-il, en dehors des diabètes avec déficit de la fonction insulinienne, des diabètes par insuffisance de la glycogénie hépatique ? Si on peut expérimentalement provoquer des diabètes relevant en tout ou en partie d'un trouble hépatique ceux-ci sont en général de peu d'importance.

La théorie de Loewi, qui admettait la neutralisation de l'insuline par une hormone antagoniste émanant du foie, reposait sur des expériences qui n'ont pu être reproduites. « Elle était si séduisante que l'on peut regretter qu'il en soit ainsi. »

Le diabète peut-il être dû à une substance d'origine hépatique susceptible de neutraliser l'insuline elle-même? On a émis l'hypothèse que le foie et les globules du sang étant les territoires les plus actifs de fixation et de neutralisation de l'insuline, il puisse exister, du fait de l'exagération de ces fonctions, des diabètes par neutralisation d'origine sanguine ou d'origine hépatique. La sécrétion pancréatique restant normale dans ces 2 cas.

Les recherches expérimentales montrent que le rôle du foie dans la pathogénie du diabète est encore à l'étude. L'anatomie pathologique ne jette aucune lumière sur la question. A l'autopsie des diabètes, on ne trouve au niveau du foie aucunes lésions caractéristiques.

Au point de vue clinique, on a pu décrire une forme spéciale de diabète, rattachée à une insuffisance fonctionnelle du foie: le diabète par anhépatie. C'est un diabète léger survenant vers la quarantaine chez les sujets arthritiques et gros mangeurs; il semble dû à un trouble de la glycogénie hépatique; il guérit mieux par un régime de dyspeptiques et d'hépatiques que par un régime de diabétiques. Un certain nombre de maladies de foie s'accompagnent de diabète; mais, les diabètes dans lesquels il n'existe aucunes manifestations bien certaines de la pathologie hépatique constituent le groupe le plus important. L'opothérapie hépatique ne donne de résultats que dans les cas bénins.

En définitive, le rôle du foie dans la pathogénie du diabète est encore mystérieux.

Robert Clément.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION. (Paris)

G. Faroy et **R. Deron.** ***Acétylcholine et sécrétion gastrique; l'utilisation thérapeutique de l'acétylcholine chez les hypochlorhydriques et son application à l'étude des anachlorhydries*** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition*, tome XXI, n° 7, Juillet 1931). — Une injection intramusculaire unique de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 d'acétylcholine, pratiquée après introduction du tube d'Einhorn, ne déclanche qu'une sécrétion acide minime comparable à celle que développe le contact prolongé de la sonde et toujours nettement inférieure en acidité au suc d'histamine. Il ne peut donc être question de substituer l'acétylcholine à l'histamine comme test d'épreuve de la sécrétion gastrique.

Par contre, la répétition de ces injections par séries de 12 à 15 élève constamment le taux de la sécrétion acide. Il est donc surprenant que la seule indication thérapeutique de l'acétylcholine en pathologie digestive ait été posée dans le cas d'ulcus gastroduodénal, où son emploi procédait des mêmes données physiologiques que celui de l'insuline et de l'angioxyl. Il semble bien cependant que l'utilisation de l'acétylcholine dans les ulcères n'est pas toujours inoffensive, à en juger par une observation personnelle des auteurs.

Par contre, toutes les hypochlorhydries, même les plus accentuées, ont été favorablement et rapidement influencées par l'acétylcholine. Une seule série d'injections peut suffire à rétablir une sécrétion normale dans les hypochlorhydries légères. Il en faut habituellement 2, mais quand le taux d'acidité est très bas et les lésions plus anciennes, 3 ou 4 peuvent être nécessaires. On peut suivre de quinzaine en quinzaine le relèvement progressif de la sécrétion acide.

Deux éléments caractérisent le réveil ou l'exaltation de la sécrétion acide : sa prolongation et l'élévation du taux d'acidité. Ces deux éléments peuvent se développer parallèlement ou être en retard l'un sur l'autre, d'où plusieurs types de réactions. C'est l'allongement de la sécrétion qui a la signification la plus favorable au point de vue fonctionnel.

Contrairement aux hypochlorhydriques, les anachlorhydriques ou achyliques vrais n'ont aucune réaction sécrétoire sous l'influence de l'acétylcholine.

Le mécanisme de cette action de l'acétylcholine n'est pas actuellement connu; mais il semble que l'action vaso-dilatatrice seule est insuffisante à l'expliquer.

Habituellement F. et D. prescrivent des séries de 12 à 15 injections à 0 gr. 20. C'est un traitement de choix de l'hypochlorhydrie.

L. Rivet.

Max M. Lévy et **Erna Lévy.** ***Les résultats éloignés du traitement des ulcères gastro-duodénaux par l'extrait parathyroïdien*** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition*, t. XXI, n° 8, Octobre 1931). — M. et E. L. relatent diverses observations de sujets suivis depuis plus d'un an et demi. Le traitement, institué en pleine poussée aiguë, est conduit de la façon suivante : le patient n'est soumis à aucun régime alimentaire particulier, ni au repos physique, il ne reçoit aucune autre médication que l'extrait parathyroïdien ; on pratique chaque jour ou tous les deux jours une injection sous-cutanée d'une ampoule d'extrait parathyroïdien, correspondant à 0 gr. 10 de glande fraîche par ampoule, en tout 12 injections par série.

Ce traitement peut être considéré comme une arme efficace et un adjuvant thérapeutique excellent dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. Grâce à son action rapide, le malade est le plus souvent immédiatement soulagé, son état général s'améliore, le poids augmente et le traitement peut dans certains cas permettre l'atténuation ou même la suppression d'une poussée évolutive d'un ulcère gastro-duodénal; dans d'autres cas il constitue un traitement préopératoire permettant une intervention chirurgicale réduite au minimum et pratiquée sur un patient dans de meilleures conditions.

Mais si l'extrait parathyroïdien soulage, s'il ramène le taux de l'HCl à la normale, si même il efface l'image radiologique d'une niche, les faits observés montrent qu'il ne paraît pas capable d'enrayer l'évolution de la maladie ulcéreuse et qu'il ne guérit pas les ulcères de façon définitive.

L. Rivet.

R. Poincloux et **H. Arloing.** ***Vaccination régionale par la porte d'entrée; son emploi contre l'infection colibacillaire*** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition*, t. XXI, n° 8, Octobre 1931). — Dans ce travail, qui comporte la relation de 15 observations, P. et A. montrent que la vaccination régionale par la porte d'entrée, puissante à combattre les complications de l'infection gonococcique, l'est aussi pour lutter contre l'infection colibacillaire.

Le meilleur mode d'utilisation de cette méthode consiste à utiliser un bon stock-vaccin colibacillaire ou, de préférence, un auto-vaccin bien préparé, et à l'injecter exactement dans ou sous la muqueuse du rectum, avec un rectoscope court et large, une seringue munie d'une prolonge adéquate et d'une aiguille fine et brève.

La vaccination anticolibacillaire ainsi appliquée a donné d'heureux résultats, qu'il se soit agi de manifestations urinaires, génitales ou intestinales.

Il a paru à P. et A. que le *bacterium coli* jouait un rôle plus important qu'on ne le pense communément dans les infections gynécologiques (90 fois, seul ou associé à d'autres germes, sur 230 cas d'une de leurs statistiques).

Enfin, l'action salutaire que la vaccination régionale anticolibacillaire par voie rectale a exercée sur la constipation des malades soignés a conduit P. et A. à admettre que la constipation puisse être regardée avant tout comme une maladie infectieuse et que son traitement doive être demandé à de tous autres moyens que ceux qui pullulent dans le commerce.

L. Rivet.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

Aldo Luisada (Padoue). ***Contribution à l'étude de la fonction des artères et des veines chez l'homme; technique d'enregistrement des électro-angiogrammes et interprétation des courbes chez les sujets normaux*** (*Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXIV, n° 5, Mai 1931). — Depuis 1926, L., estimant que les artères jouent un rôle actif dans la circulation, a cherché à enregistrer des courants électriques qui auraient été donnés par la paroi artérielle au moment de l'arrivée de l'onde du pouls. Après des échecs, il a obtenu des résultats intéressants, sur l'animal et sur l'homme, grâce à des appareils d'une très grande sensibilité.

C'est ainsi que chez l'animal, on a pu enregistrer sur l'artère fémorale isolée des courants diphasiques, suivis par des ondes monophasiques qui ressemblent assez à la courbe du pouls.

Les ondes monophasiques sont probablement l'expression de phénomènes toniques de la paroi ar-

térielle, tandis que les ondes diphasiques sont l'expression de contractions cloniques, plus rapides, qui peuvent affecter le type de contraction péristaltique.

Pour les veines, la technique a été la même: on a pu recueillir des ondes électriques d'un ordre de grandeur tout à fait insoupçonné, si bien qu'on a pu abandonner l'amplificateur pour cette série de recherches.

L. précise la technique d'enregistrement des électro-angiogrammes chez l'homme. Il décrit les divers types observés d'électrogrammes artériels et veineux et discute leur nature. Il y a là une méthode d'investigations précieuse, susceptible de fournir des données fort intéressantes pour la physiologie et la pathologie de la circulation.

L. Rivet.

C. Farmakidis (Alexandrie). ***Le réflexe vago-gastro-cardiaque dans ses applications cliniques*** (*Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, t. XXIV, n° 9, Septembre 1931). — Ce réflexe se recherche par massage prolongé de la région abdominale correspondant à la face antérieure de l'estomac, après avoir au préalable déterminé la position exacte de la pointe du cœur. Quand le réflexe est positif, il donne naissance à l'augmentation du diamètre longitudinal du cœur, comme dans 3 observations relatées dans ce travail.

Grâce à ce réflexe, on peut mettre en évidence l'hypotonicité latente du muscle cardiaque gauche, causée par divers états pathologiques (hypertension, intoxications, causes physiques, comme chaleurs, etc.).

Ce procédé d'examen clinique, simple, facile et à la portée de tout praticien, permet de déceler l'hypotonicité du muscle cardiaque gauche dans un temps précoce, alors que tout signe objectif décelable par les procédés habituels d'examen clinique fait défaut. Aussi ce réflexe doit-il être recherché chaque fois que des troubles font soupçonner une altération organique ou fonctionnelle du myocarde. Ainsi peut-on intervenir à temps et prévenir, peut-être, l'installation ou l'aggravation d'une altération pathologique cardiaque qui, à son tour, sera la cause de troubles graves, voire même d'insuffisance circulatoire.

L. Rivet.

D. Simici, M. Popesco et **Sandulesco** (Bucarest). ***Recherches sur l'étiologie de l'instabilité cardiaque tachycardique permanente à l'aide du métabolisme basal associé à l'épreuve de Mico*** (*Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, t. XXIV, n° 9, Septembre 1931). — Dans ce travail, qui comporte la relation de 7 observations, S., P. et S. montrent que l'instabilité cardiaque tachycardique permanente est un syndrome très fréquemment observé, notamment chez les soldats. Chez ceux-ci, ils ont vu qu'il datait d'avant l'incorporation; aussi pensent-ils que les fatigues de la vie de caserne en temps de paix et même les émotions de la guerre ne sont pas capables de provoquer le syndrome à elles seules. Elles ne font qu'aggraver et extérioriser un état cardiaque tachycardique antérieurement peu prononcé.

L'étiologie des états végétatifs provoquant l'excitation anormale du sinus du cœur, qui à son tour produit l'instabilité cardiaque permanente de ces malades, n'est pas complètement élucidée. On a invoqué différents facteurs, infectieux ou toxiques. Parmi ceux-ci, il faut faire une place spéciale à l'intoxication produite par une hyperfonction latente du corps thyroïde, qu'on peut objectiver par la détermination du métabolisme basal.

Celui-ci est parfois chez ces malades très augmenté. Ainsi, sur 27 sujets présentant ce syndrome, 7 avaient un métabolisme très augmenté, variant d'un minimum de + 52 pour 100 à un maximum de +67 pour 100, à l'aide de l'appareil de Bénédict. Les autres avaient un métabolisme normal ou très peu supérieur à la normale.

Mais l'augmentation du métabolisme basal propre aux instables cardiaques tachycardiques par hyperthyroïdisme latent ne peut pas être mise en évidence par l'enregistrement habituel du métabolisme basal. Il faut, pour l'extérioriser, pratiquer, une demi-heure et une heure avant l'enregistrement, l'injection sous-cutanée de 1/2 milligr. d'adrénaline (épreuve de Mico). L'adrénaline a la propriété d'extérioriser le métabolisme basal vicié de ces malades et de mettre ainsi en évidence l'état d'hyperthyroïdisme latent qui est à la base d'un nombre important de ces troubles cardiaques. Il en découle d'intéressantes indications pour la thérapeutique.

L. Rivet.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
(Paris)

T. de Martel, Monbrun et **J. Guillaume.** ***L'avenir ophtalmologique des opérés de tumeurs de la région hypophysaire*** (*Archives d'Ophtalmologie*, Août 1931). — L'aspect blanc des papilles au cours du syndrome chiasmatique n'est pas toujours le signe d'une atrophie définitive, mais est surtout en rapport avec l'ischémie due à la compression des vaisseaux par la tumeur. Cinq observations de malades atteints de syndrome chiasmatique sont rapportées avec représentation du champ visuel, au début du traitement, après radiothérapie pour certaines et après opération. Comme conclusions, l'avenir ophtalmologique des malades atteints de syndrome chiasmatique est amélioré par la chirurgie actuelle. Le traitement médical n'empêche pas la cécité. Les résultats de la radiothérapie, souvent bons, sont pourtant transitoires et, sur certaines tumeurs, nuls. L'opération au contraire, à condition qu'elle soit précoce, permet le rétablissement ou l'augmentation du champ visuel par décompression des nerfs optiques.

A. Cantonnet.

Cuénod et **Roger Nataf.** ***Biomicroscopie dans un cas de tuberculose conjonctivale; contribution à l'étude du diagnostic différentiel entre le trachome et la tuberculose*** (*Archives d'Ophtalmologie*, Août 1931). — C. et N. ont observé deux cas de tuberculose conjonctivale du « type végétations papillaires » dans lesquels un examen à l'œil nu aurait pu faire penser à du trachome. Ils publient l'une des deux observations suivie au biomicroscope. Constatations du début: paupière inférieure; agglomérats de petits follicules sous forme de gros follicules. Paupière supérieure: pas de néovascularisation caractéristique de l'inflammation conjonctivale. Plaques blanches, isolées, *creusées* dans la muqueuse avec petites inclusions jaunes. A la fin, formation de tubercules en rosaces saillantes, ombiliquées, qui finissent par régresser. Inoculation au cobaye positive. Comme conclusion: dans le trachome, follicules saillants entourés de papilles. Dans la tuberculose, d'abord lésions déprimées, puis bourrelets de follicules saillants et ombiliqués.

A. Cantonnet.

REVUE CRITIQUE DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE
(Paris)

G. Faroy. ***Les hépatites des cholécystites chroniques*** (*Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, t. I, n° 7, Septembre 1931). — Un certain nombre de travaux récents ont insisté sur l'existence fréquente sinon constante de lésions de la glande hépatique au cours des cholécystites lithiasiques ou non lithiasiques. Cliniquement, on peut distinguer 3 variétés évolutives suivant que prédominent les signes de cholécystite, d'hépatite ou que les 2 atteintes vésiculaire et glandulaire évoluent parallèlement.

La symptomatologie hépatique n'est caractérisée parfois que par un certain degré d'hypertrophie hépatique sans signe d'insuffisance glandulaire, mais avec douleurs. Dans d'autres cas, les douleurs sont plus sourdes, diffuses, le tableau clinique est dominé par les troubles digestifs et les troubles de l'état général. L'apparition de l'ictère avec fièvre et crises douloureuses constitue une autre forme clinique; enfin, beaucoup plus rarement, le tableau est celui de l'ictère grave. Dans la grande majorité des cas, ces variétés cliniques d'hépatites qui représentent 4 degrés d'évolution, de gravité pronostique croissante, viennent compliquer la cholécystite calculeuse.

Les biopsies hépatiques au cours d'interventions chirurgicales (Caroli) ont permis de préciser l'anatomie pathologique et de classer par ordre croissant de gravité les lésions en hépatites corticales, hépatites diffuses, et atrophie jaune aiguë du foie.

Il semble que la cholécystite chronique n'évolue jamais seule, mais s'accompagne constamment de lésions d'hépatite de degré très variable; c'est en réalité une hépato-cholécystite (Caroli) dans laquelle l'infection causale (vraisemblablement toujours d'origine descendante hématogène) touche parallèlement la vésicule et le foie.

Pour différencier l'ictère cholédocien de l'ictère par hépatite au cours des cholécystites calculeuses, l'augmentation de volume du foie, variant avec les poussées de l'ictère, son indolence, sont en faveur de l'obstruction cholédocienne.

Le traitement appliqué aux cholécystites ne doit pas se borner à améliorer seulement le fonctionnement de la vésicule mais s'adresser aussi à la glande hépatique. Il faut lutter aussi efficacement que possible contre l'insuffisance hépatique et pour parer à l'appauvrissement de la glande en glycogène qui entraîne la fragilité cellulaire, on peut essayer l'association d'insuline et de glucose.

Robert Clément.

G. Paisseau. ***Rhumatisme tuberculeux*** (*Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, t. I, n° 7, Septembre 1931). — Les constatations cliniques, les réactions à la tuberculine, la reproduction expérimentale apportent de fortes présomptions en faveur de l'existence d'un rhumatisme tuberculeux. La démonstration directe tirée de l'existence de lésions articulaires histologiquement tuberculeuses est extrêmement rare: jusqu'à nouvel ordre, il faut admettre qu'il s'agit, dans le rhumatisme tuberculeux, de lésions dites de tuberculose inflammatoire, par conséquent sans valeur démonstrative. L'existence du rhumatisme tuberculeux est prouvée par les recherches bactériologiques.

Les résultats obtenus par la méthode classique de l'inoculation aux cobayes ne laissent place à aucun doute, mais sont rares.

La recherche de la tuberculose atypique du cobaye telle que la réalise l'inoculation de sérosités articulaires non filtrées fournit un certain nombre de constatations positives qui demandent à être interprétées. Les germes acido-résistants mis en évidence peuvent correspondre à une tuberculose typique classique à évolution retardée par inoculation de produits tuberculeux très pauvres en bacilles.

S'il s'agit bien de bacilles acido-résistants non virulents pour le cobaye, on peut envisager l'hypothèse qu'il s'agisse de bacilles de virulence atténuée suivant la doctrine de l'école lyonnaise, ou de races bacillaires non habituellement pathogènes pour l'homme, ou d'infection d'un virus filtrable.

Les constatations positives obtenues par culture des produits articulaires ou du sang des rhumatisants, selon la technique et avec les milieux de Lowenstein, présentent un grand intérêt, mais « la proportion extraordinaire de leurs résultats posi-

tifs, les variations de virulence des bacilles acido-résistants isolés, soulèvent de tels problèmes, surtout lorsqu'il s'agit d'hémocultures, concernant la nature des races acido-résistantes ainsi isolées et la signification exacte de ces septicémies bacillaires au cours des états pathologiques où elles ont été constatées, qu'il paraît prématuré de les aborder actuellement ».

La concordance des résultats positifs obtenus par des méthodes diverses permet d'admettre l'existence et même la fréquence de polyarthrites tuberculeuses affectant les types cliniques les plus variés.

ROBERT CLÉMENT.

BRUXELLES MÉDICAL

L. Van Bogaert et **Borremans** (Anvers). ***7 observations d'encéphalite post-vaccinale en Belgique (1927-1929); discussion de leur relation avec la poliomyélite aiguë*** (*Bruxelles Médical*, t. XI, n° 35, 28 Juin 1931). — Ces 7 observations d'encéphalite se rapportent à des enfants âgés de 11 mois à 7 ans. Il semble que, dans tous les cas, il s'agisse de primo-vaccination, bien que ce point ne soit pas toujours précisé. Les premiers symptômes, somnolence, céphalée, vomissements, une fois convulsions, survinrent entre le 4e et le 12e jour de l'évolution vaccinale. Dans presque tous les cas, il est noté une réaction méningée clinique, raideur de la nuque surtout. Le liquide céphalo-rachidien présenta une légère lymphocytose dans 2 cas avec albuminose normale ou très légèrement augmentée. Les accidents : exagération des réflexes, incontinence des urines, aphasie ou convulsions, disparurent dans tous les cas sans laisser aucune séquelle; chez un seul enfant, persistèrent des crises épileptiques.

Ces encéphalites sont caractérisées par leur bénignité et l'absence de séquelle.

On n'a pas observé de coïncidence entre l'apparition de ces encéphalites et les manifestations de la poliomyélite aiguë, alors qu'il y eut toujours coïncidence de l'efflorescence vaccinale avec les accidents nerveux.

La cause de l'encéphalite vaccinale demeure encore inconnue. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il y a entre la vaccination et l'apparition des accidents encéphalitiques une relation tellement étroite qu'elle frappe les observateurs les moins prévenus. En dehors de cette coïncidence, le diagnostic différentiel avec les poliomyélites épidémiques est extrêmement délicat.

ROBERT CLÉMENT.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE (Bruxelles)

De Meyer et **de Ruyter**. ***Des électrocardiogrammes dits « de prépondérance » et de l'application de la loi d'Einthoven en pathologie*** (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 5e série, t. XI, n° 4, 25 Avril 1931). — Au cours de nombreux examens radioscopiques, M. et R. ont rencontré fréquemment des exceptions à la loi d'Einthoven, relative aux forces électro-motrices de l'électrocardiogramme dans les 3 dérivations classiques. Notamment, l'étude des électrocardiogrammes, dits de prépondérance droite et gauche, rencontrés dans le rétrécissement mitral et dans l'hypertension, n'a pas permis d'établir un rapport fixe entre la prépondérance anatomique ou même physiologique et les prépondérances électriques classiques. Si l'on compare les données radioscopiques et les électrocardiogrammes dits de prépondérance chez les sujets les plus divers, on s'aperçoit que la notion de prépondérance de l'électrocardiogramme en dérivation 1 ou en dérivation 3 ne correspond pas d'une façon fixe à la prépondérance fonctionnelle d'un ventricule.

Théoriquement et expérimentalement les altérations de l'électrocardiogramme dans les déplacements cardiaques montrent que les électrocardiogrammes dits de prépondérance sont surtout dus à l'influence de la position très variable du cœur dans le thorax. En prenant comme principal point de repère l'horizontale menée par l'appendice xiphoïde, M. et R. ont vérifié — conformément à leurs déductions théoriques — que dans la grande majorité des cas, les cœurs élevés dans le thorax présentent un électrocardiogramme de prépondérance droite (c'est le cas le plus fréquent); les cœurs abaissés dans le thorax donnent un électrocardiogramme de prépondérance gauche. Les cœurs donnant un électrocardiogramme à phase de sens normal ont leur pointe située environ à 3 cm. au-dessous de la ligne xiphoïdienne. Les quelques exceptions à cette règle sont dues à l'influence exercée sur les lois de distribution des potentiels électriques par des thorax allongés ou par des thorax courts dans lesquels l'axe isopotentiel se prolonge soit au-dessous, soit au-dessus de l'épaule gauche, ce qui altère complètement le sens de dérivation.

La théorie des prépondérances électriques gauches ou droites doit disparaître et faire place à celle de l'influence presque exclusive de la position du cœur dans le thorax.

En pathologie, les dérivations classiques doivent être abandonnées et faire place à une dérivation nouvelle permettant de comparer réellement entre eux des électrocardiogrammes recueillis chez des sujets différents; ces dérivations nouvelles font l'objet des recherches actuelles de M. et R.

ROBERT CLÉMENT.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA (Montréal)

G. Archambault et **A. Marin**. ***La physiothérapie de l'acné vulgaire*** (*L'Union Médicale du Canada*, t. LX, n° 9, Septembre 1931). — Alors qu'en Europe, on emploie pour le traitement de l'acné surtout de la chimiothérapie, dans le Nouveau Monde, on recourt le plus souvent à la physiothérapie. A. et M. ont pratiqué la radiothérapie à doses prudentes, dans 59 cas. De 3 cas d'acné ponctuée, aucun n'a guéri. Sur 11 acnés papuleuses, 6 ont guéri en quatre mois. 27 acnés indurées sur 45 ont guéri en quatre mois. Dans l'ensemble, la proportion des guérisons en quatre mois est de 56 pour 100. La radiothérapie présente une grande commodité, une efficacité rapide; elle laisse le minimum de cicatrice, mais est-elle inoffensive? Administrée à hautes doses d'emblée, ou trop longtemps poursuivie, ou appliquée aux cas qui n'en relèvent pas, elle est dangereuse; elle est inoffensive si on s'en tient scrupuleusement aux règles prescrites. A. et M. se sont toujours très bien trouvés de la technique de Mac Kee.

L'acné comédonienne obéit assez bien à la radiothérapie, mais si après 7 ou 8 irradiations, on n'a pas noté d'amélioration appréciable à la face, il vaut mieux recourir aux pommades, lotions, expression des comédons.

Pour l'acné pustuleuse superficielle, il faut écarter les rayons X qui agissent peu et pour qui ces sujets sont en général sensibles.

L'acné papuleuse, l'acné indurée profonde, tubéreuse, furonculeuse et les formes de passage entre ces 2 types sont les meilleures indications de la radiothérapie, d'autant plus que le traitement médicamenteux externe est souvent inopérant. Le traitement doit être hebdomadaire pendant quatre mois; la dose optima est 1 H par semaine au début. Il est hasardeux de donner 2 H tous les 15 jours ou 3 H toutes les 3 semaines. Après 5 ou 6 séances il est sage de réduire à 1/2 H ou espacer les séances de 15 jours, de façon à ne pas dépasser 12 H en 4 mois, qui est la dose totale maxima que l'on n'atteindra pas chez tous.

Il arrive qu'un mieux sensible n'est perçu qu'environ à la septième ou huitième irradiation. Chez les jeunes filles à teint clair, il arrive que la peau devienne rouge, jaune, les anciennes lésions sont turgescentes avec parfois éclosion de nouvelles. La pigmentation impose la prudence et la recherche des signes de saturation. 2 signes d'alarme: l'irritabilité et la sécheresse de la peau, avertisseurs de la limite de tolérance, doivent être recherchés avec soin. Si l'on méconnaît ces avertisseurs, on peut avoir l'érythème ou l'atrophie temporaire ou définitive de la peau. L'apparition de poils follets est un épiphénomène de l'excessive activité du follicule pilo-sébacé et s'observe aussi bien chez les non irradiés que chez les irradiés. Jusqu'à 18 ans, on note 47 pour 100 de récidives, 22 pour 100 d'échecs définitifs après une deuxième série. Au-dessus de 25 ans, les récidives sont peu nombreuses. Quand elles doivent se produire, ces récidives se montrent dans 90 pour 100 des cas dans l'année qui suit la cessation du traitement.

ROBERT CLÉMENT.

BULLETINS ET MÉMOIRES de la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX de Bucarest.

C. T. Nicolau et **P. Stoenescu**. ***L'action de l'auto-sérum irradié « in vitro » vis-à-vis des leucocytes*** (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Bucarest*, t. XIII, n° 1, Janvier 1931). — N. et S. ont étudié l'action du sérum irradié sur les globules blancs des leucémiques. Entre lame et lamelle une goutte de leucocytes additionnée de quelques gouttes de sérum irradié montre de grandes modifications morphologiques. Le noyau des cellules perd de plus en plus son contour, les granulations de protoplasma deviennent moins distinctes et la cellule se déchire en petits morceaux de protoplasma qui se dissipent dans le sérum ou restent encore accrochés l'un à l'autre. Un mélange de leucocytes et de sérum de leucémique myélogène irradié, laissé quelque temps en contact, montre sur frottis la destruction des leucocytes.

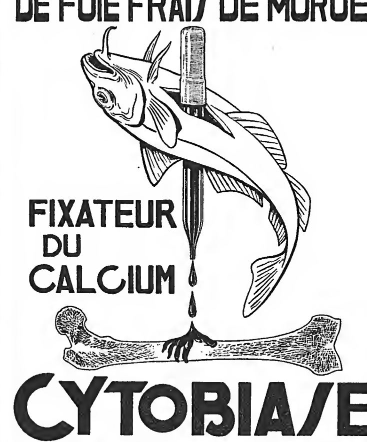
Chez des chiens, l'injection intraveineuse d'auto-sérum irradié *in vitro* aux rayons X, avec une intensité de 6 H, à la dose de 5 à 10 cmc, provoque de la leucocytose entre une heure et trois heures après l'injection et retour à la normale après cinq heures; l'accélération de la sédimentation des globules rouges, la diminution de l'index réfractométrique, une légère augmentation des polynucléaires.

Les injections intraveineuses d'auto-sérum irradié sont tolérées sans choc chez les chiens; ce traitement a été essayé chez l'homme.

10 cmc d'auto-sérum irradié *in vitro* (4 H) furent injectés dans les veines d'une leucémique myélogène intolérante aux rayons X. Quatre heures après l'injection, la malade perçut les mêmes sensations qu'après la radiothérapie (légère céphalée, fatigue générale, nausées, vertiges). Après l'injection, il y eut augmentation légère de la leucocytose qui passa de 30 à 35.000; diminution des myélocytes.

Les injections d'auto-sérum irradié répétées à deux jours d'intervalle ont abaissé le nombre des leucocytes, après 5 à 8 injections, de 40 à 50.000. La sédimentation montre une accélération marquée, la réfractométrie et la viscosité du sérum ne sont pas modifiées. L'état général serait amélioré; dès le lendemain de l'injection, les douleurs spléniques, l'inappétence, l'insomnie, les troubles digestifs disparaissent.

ROBERT CLÉMENT.



EXTRAIT OPOTHÉRAPIQUE
DE FOIE FRAIS DE MORUE
FIXATEUR
DU
CALCIUM
CYTOBIASE
Laboratoires MARTIN, 24, rue de Charenton, PARIS

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Hans Hoff et **Erwin Stengel**. ***Narcolepsie familiale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 28, 11 Juin 1931). — H. et S. ont étudié 4 groupes de malades présentant de la narcolepsie familiale. Ces cas montrent d'une façon particulièrement claire que le facteur disposition joue un rôle aussi bien dans la narcolepsie essentielle que dans la narcolepsie symptomatique.

C'est ainsi que dans un groupe, le père présentait de la narcolepsie essentielle, tandis que le fils présentait une narcolepsie symptomatique, séquelle d'encéphalite. Ainsi une distinction nette entre les deux formes paraît injustifiée. En outre, on doit se demander s'il y a insuffisance constitutionnelle d'une région du cerveau, région que le virus pourrait plus facilement envahir. Mais les recherches d'anatomie pathologique faites sur les malades atteints d'encéphalite tendent plutôt à montrer qu'il y a affection diffuse du cerveau donnant naissance à des symptômes provenant surtout de régions constitutionnellement insuffisantes.

Dans un autre groupe, un individu dont le père et le frère présentent des symptômes narcoleptiques fait un conflit psychique et réagit par des troubles du sommeil: insomnie la nuit et somnolence irrésistible le jour. Dans ce groupe, tous les membres malades sont atteints d'une paralysie de la convergence. Il en est de même dans deux cas du groupe 4. Il serait donc possible que dans ces états il s'agisse d'une séquelle d'encéphalite très légère. Dans un autre groupe enfin on constate des relations entre la narcolepsie et les modifications fonctionnelles des organes endocriniens, notamment la puberté et la menstruation.

P.-E. Morhardt.

Wilhelm Frei. ***Réaction cutanée et spécifique avec un antigène naturel dans les maladies infectieuses. Tularémie en Italie? Réaction cutanée dans la tularémie?*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 29, 18 Juin 1931). — F. a préconisé une méthode qui consiste à utiliser comme antigène des ganglions lymphatiques pour déterminer une réaction cutanée en cas de maladies infectieuses, méthode commode plus spécialement quand les cultures ne sont pas possibles. Le procédé est d'ailleurs très sûr puiqu'il semble ne pas déterminer de réaction non spécifique. Cependant cette méthode ne donne rien, comme F. la constaté luimême dans les lymphomes tuberculeux, ni dans la lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg; mais, dans le chancre mou, de même que dans la lymphogranulomatose inguinale, ses résultats sont caractéristiques.

Il semble qu'il en soit de même dans la tularémie. Voici les faits sur lesquels F. se fonde pour admettre cette hypothèse. Depuis un certain nombre d'années, on observe dans la province de Bologne une affection caractérisée par une tuméfaction de ganglions inguinaux, axillaires ou autres. Il ne s'agit pas de lymphogranulomatose inguinale comme Semeraro l'a montré. Cet auteur a d'ailleurs, en pareil cas, obtenu avec les ganglions malades une réaction cutanée caractéristique. Cette affection est comptée par Franchini comme une affection climatique à rapprocher du « climatic bubo ». D'autre part, Maggiora a retrouvé dans les ganglions, au cours d'une épidémie tout à fait analogue survenue à Rome, de très petits coccus, pathogènes notamment pour les cobayes.

Ces constatations donnent à penser que ces deux épidémies ganglionnaires ne sont autre chose que de la tularémie. Ainsi l'épreuve proposée par F. donnerait des résultats positifs dans trois affections: le lymphogranulomatose inguinale, le chancre mou et la tularémie. Il y aurait donc lieu d'étendre les recherches dans ce sens, d'abord à la peste, puis à la fièvre ganglionnaire de Pfeiffer, et à l'angine à monocytes de Schultz-Beader.

P.-E. Morhardt.

E. Rominger, **Hugo Mayer** et **C. Bomskov**. ***La pathogénie de la tétanie dans l'enfance*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 29, 18 Juin 1931). — La tétanie et, plus particulièrement, la coïncidence de la tétanie avec le rachitisme, a été expliquée d'abord par un appauvrissement de l'organisme en Ca. Plus tard, on a fait intervenir l'hormone des parathyroïdes et l'intoxication par la diméthyl-guanidine. D'autre part, Freudenberger et György considèrent le rachitisme comme une acidose et la tétanie comme une alcalose et pensent que cette modification de l'équilibre des échanges serait déterminée par une modification hormonale survenant au printemps. Mais, par ailleurs, Rona et Takahaski sont arrivés à distinguer une tétanie par alcalose, par insuffisance de bicarbonate et par insuffisance de phosphate. Dans ces conditions, l'équilibre ionique serait le facteur pathogénique essentiel de toutes les tétanies.

D'après R., M. et B., la cause de la tétanie de l'enfance doit être cherchée dans les troubles du métabolisme qui caractérisent le rachitisme. Or, le métabolisme du rachitisme est caractérisé dans une première phase par une hypophosphatémie. Au cours d'une deuxième phase, il y a déminéralisation calcique secondaire. Enfin, au cours d'une troisième phase, la guérison s'ébauche par fixation de phosphore. Le calcium n'est fixé qu'ultérieurement. Ainsi, lorsque la guérison commence, on observe une phase dans laquelle le phosphore est augmenté, alors que le calcium est encore insuffisant.

Cette formule correspond de façon typique avec ce que l'on constate dans la tétanie. Ultérieurement, quand le calcium commence à augmenter de nouveau, cette anomalie disparaît en même temps que la tétanie qui doit donc être considérée comme une sorte de crise de la guérison du rachitisme. R., M. et B. donnent deux exemples de ce genre, montrant que les symptômes de tétanie apparaissent alors que le phosphore du sang a commencé à augmenter. Ces constatations sont d'accord avec celles de Shohl d'après lequel, en diminuant le phosphate d'un régime rachitigène, on fait apparaître des symptômes tétaniques. D'autre part, divers auteurs ont observé que l'irradiation par les rayons ultra-violets ou l'administration de vitangol fait apparaître la tétanie.

Il y a lieu de remarquer que quand la guérison du rachitisme est lente, l'augmentation du phosphore n'est pas si brusque et la tétanie par conséquent plus rare. Pour les enfants qui font de la tétanie sans présenter de symptômes cliniques de rachitisme, on peut penser ou bien qu'il y a rachitisme latent ou bien qu'il y a désionisation du calcium des humeurs. D'un autre côté, les rachitiques très sévèrement atteints ne présentent pas de symptômes tétaniques marqués, parce que chez eux la tendance à la guérison est au minimum. Dans ces conditions, la tétanie rachitique doit être rattachée au fait qu'il se produit une stase ou une rétention de phosphore qui détermine une désionisation du calcium, ou qui alcalinise l'organisme, ou enfin qui détermine un dépôt de calcium dans le squelette avec hypocalcémie consécutive. L'alcalose peut d'ailleurs survenir au cours de la fièvre ou de l'hyperpnée.

P.-E. Morhardt.

Eskil Kylin. ***Recherches sur la pression osmotique des colloïdes (pression oncotique)*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 29, 18 Juin 1931). — K. a déjà publié deux cas de néphrose dans lesquels l'œdème s'est résorbé, alors que la pression oncotique du sang était très faible. Dans ces observations, il n'a mesuré cette pression que dans le sang veineux. Il donne aujourd'hui l'observation d'un troisième cas de néphrose dans lequel cette pression a été mesurée à plusieurs reprises, aussi bien dans le sang artériel que dans le sang veineux.

Il s'agit d'un homme de 48 ans qui, quelques mois après une amygdalite, présente du gonflement des pieds, puis finalement un œdème généralisé avec albuminurie et les signes d'une glomérulonéphrite diffuse aiguë. Enfin, il se développe une néphrose chronique avec œdème colossal, bien que le pouvoir de concentration des reins et l'azote résiduel du sang soient restés normaux.

La pression oncotique est restée très basse aussi bien dans le sang artériel que dans le sang veineux. Dans ce dernier d'ailleurs, elle était un peu plus basse à jeun; mais elle atteignait la même valeur après les repas dans les deux sangs. Ces variations relatives ne peuvent pas encore être expliquées car on sait mal à quel facteur est due la pression oncotique. Les uns attribuent cette insuffisance à la sérine et à la globuline; d'autres, comme K. luimême, font jouer un rôle à des molécules en solution vraie. S'il en était ainsi, la pression oncotique pourrait être augmentée après les repas par des substances provenant de l'intestin.

Dans cette observation, la résorption de l'œdème s'est faite, alors que la pression oncotique était faible. Pendant les onze premiers jours, ce malade eut un régime pauvre en albumine et, plus tard, conformément à la théorie de Krogh, son régime fut riche en albumine sans que la richesse du sang en albumine ou que l'œdème en soient modifiés. Plus tard encore, un régime pauvre en albumine fut accompagné d'une élévation de la pression oncotique et de l'albumine du sang, phénomènes déterminés par une amélioration de l'état du malade dont l'œdème avait disparu.

P.-E. Morhardt.

H. H. Baagöé. ***L'asthme dans ses relations avec l'âge et avec le sexe*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 29, 18 Juin 1931). — B. donne les statistiques qu'il a obtenues en réunissant les observations de 311 asthmatiques. Il a constaté d'abord que, sur ce nombre, il y a 175 (56 pour 100) hommes et 136 (44 pour 100) femmes. Les hommes se trouvent en plus grand nombre parmi les asthmatiques dont la maladie a commencé avant 5 ans (90 hommes contre 60 femmes). De même, la maladie apparaît plus souvent chez les hommes quand elle débute après 40 ans.

Le moment où la maladie débute n'est pas plus fréquemment l'enfance que l'âge mûr, de sorte qu'il ne semble pas y avoir d'âge plus prédisposé qu'un autre à l'asthme. Parmi les malades de l'auteur, il en est 293 qui ont été examinés au point de vue cutiréaction par la méthode de scarification. Les plumes ont donné 44 pour 100 de réponse positive, le pollen en a donné 15, les crustacés et les pellicules de chevaux 10 pour 100, etc. La réaction a été positive 59 fois sur 100 chez ceux dont la maladie a débuté avant 5 ans, et 74 fois sur 100 chez ceux dont la maladie a débuté entre 5 et 10 ans. La réaction est plus fréquemment positive chez les hommes (65 pour 100) que chez les femmes (42 pour 100).

P.-E. Morhardt.

Carl Wertheimer. ***L'augmentation des thromboses et des embolies*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 30, 25 Juillet 1931). — W. fait remarquer qu'à Eppendorf la recherche des thromboses et des embolies est poursuivie déjà depuis longtemps, notamment par Fränkel. Il a pu ainsi établir des statistiques qui montrent que, de 1910 à 1913, le nombre de thromboses a passé de 1,49 à 1,65 pour 100. Pendant la guerre, ces proportions ont diminué pour atteindre un minimum en 1918 avec 1,30 pour 100. Depuis lors, l'augmentation a été continuée jusqu'en 1928 où le chiffre obtenu

a été de 13,55. En 1929, on constate une légère diminution avec 11 pour 100. La cause de la diminution au cours de la guerre doit être cherchée d'abord dans une modification de la clientèle hospitalière. A ce moment, en effet, la proportion des malades de 20 à 45 ans, présentant habituellement moins d'embolies que les autres, est fortement augmentée. D'un autre côté, c'est à partir de 1924 que l'augmentation a été rapide, moment auquel, remarque l'auteur, les conditions d'alimentation sont revenues normales. Par ailleurs, Wertheimer est tenté d'admettre avec Sellheim que l'augmentation actuelle des thromboses et des embolies est la conséquence des souffrances supportées pendant la guerre (cœur de famine, cœur de privations). Les statistiques montrent, en outre, que la fréquence des embolies est beaucoup plus grande dans les services médicaux que dans les services chirurgicaux. Dans les services de gynécologie et d'obstétrique, l'augmentation est également nette. On a objecté que cette augmentation n'est qu'apparente et variable par exemple avec le nombre des enfants qui sont autopsiés. Mais, en fait, les statistiques d'Eppendorf, quand on en déduit les autopsies d'enfants, donnent, pour les thromboses, une courbe toujours aussi ascendante. On s'est également demandé si le nombre des morts par phtisie n'interviendrait pas. Ce nombre diminue actuellement dans les hôpitaux généraux, et cette diminution pourrait contribuer à faire augmenter la proportion relative des thromboses. Mais là encore, après avoir déduit le nombre des morts par phtisie, on constate que l'augmentation relative des thromboses et des embolies reste constante.

P.-E. Morhardt.

Wilhelm Starlinger. ***La réversion de l'hémolyse dans les maladies du sang et après administration de fer, de foie et de rate*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 30, 25 Juillet 1931). Spiro a constaté que des hématies laquées peuvent s'enrichir de nouveau en hémoglobine, quand on les plonge dans une solution d'hémoglobine additionnée d'une substance hydrophile. Ce phénomène, qui a été discuté, doit cependant, d'après S., être considéré comme exact. L'hémoglobine dissoute repasse dans les ombres d'hématies. On peut ainsi admettre d'une façon générale que chez l'individu normal, les hématies reprennent, par réversion, leur taux habituel d'hémoglobine à 10 ou 15 pour 100 près; chez les individus malades, mais sans affection du sang, il en est à peu près de même. Cependant, les chiffres sont un peu moins élevés dans la fièvre et un peu plus élevés dans l'hyperbilirubinémie, l'hyperglycémie, la résorption d'œdèmes, l'hyperthyroïdie. En cas de maladie du sang, et plus spécialement en cas d'anémie, on observe des variations importantes.

S. a étudié cette réversion de l'hémoglobine chez 149 personnes. Il a été ainsi constaté que, dans l'anémie pernicieuse, la réversion est forte ou très forte quand la régénération est très marquée. Quand la régénération est faible, la réversion est le plus souvent normale. Dans l'ictère hémolytique, la réversion est le plus souvent augmentée, mais d'une façon modérée. Dans l'anémie secondaire, elle est exceptionnellement normale et le plus généralement augmentée. Dans la maladie de Vaquez, par contre, elle est normale. Chez des sujets malades dont le sang est normal, la réversion est également normale et jamais fortement élevée ou fortement diminuée. En somme, il y a des relations entre la réversion et la régénération des hématies: dans l'anémie pernicieuse, la réversion est augmentée jusqu'au moment de la rémission, après quoi elle diminue. Inversement, quand, dans cette maladie, la régénération est insuffisante, la réversion est normale ou inférieure à la normale. Dans l'ictère hémolytique, la réversion est également normale dans les rémissions et augmentée au moment des crises.

Des observations tout à fait superposables sont faites en ce qui concerne les anémies secondaires. Chez 16 personnes, il a été administré du fer qui a déterminé 12 fois une augmentation de la réversion. Dans trois des cas où cette réversion n'a pas été constatée, il y avait, déjà au début, une régénération exagérée. Cette augmentation de la réversion s'observe parfois déjà avec la dose totale de 10 gr. de fer réduit. Cette réaction atteint son maximum avec une dose totale de 30 à 60 gr. pour disparaître une ou deux semaines après la cessation du traitement.

L'action du foie a été étudiée dans les mêmes conditions chez 23 personnes et on a constaté 11 fois une augmentation de la réversion. Avec la rate, il a été également fait 12 expériences qui ont montré 10 fois une diminution de la réversion. Les quantités actives de rate ont varié de 500 à 3.000 gr. Les effets ont été surtout nets en cas d'érythrocytose. Au total, la réversion dans l'hémoglobine peut être considérée, selon l'auteur, comme une réaction potentielle ou cinétique et il semble que l'étude de ce phénomène a un intérêt beaucoup plus grand qu'on ne l'a admis jusqu'ici au point de vue des fonctions hématopoïétiques.

P.-E. Morhardt.

Berta Aschner. ***Influence des maladies infectieuses intercurrentes sur les néphropathies chroniques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 33, 15 Août 1931). — A. a eu l'occasion d'étudier une femme de 39 ans atteinte d'une néphrose lipoïdique. Chez cette femme, il survint un érysipèle gangreneux, et aussitôt que la température revint à la normale, la diurèse s'améliora beaucoup en même temps que les œdèmes disparurent. Pendant les cinq ans qui suivirent, cette femme se trouva très bien, puis recommença à présenter les symptômes de néphrose. A ce moment, guidé par les effets remarquables de l'atteinte d'érysipèle, on essaya des injections intra-musculaires de lait qui déterminèrent la fièvre, mais n'améliorèrent pas l'état de la malade, si bien qu'il fallut interrompre cette thérapeutique.

Dans un autre cas, il s'agit d'un sujet chez lequel le diagnostic clinique est également néphrose lipoïdique, peut-être associée à de la sclérose. Il y a de l'œdème marqué sur lequel les médicaments usuels restent sans action. Par contre, un érysipèle survient qui fait monter la température à 38°, augmente la diurèse et abaisse la pression. Mais ces effets furent passagers et à l'autopsie du malade, on ne constata aucune lésion rénale.

Enfin, dans un troisième cas, il s'agit d'une insuffisance aortique avec pression dépassant assez régulièrement 200 mm. Après une atteinte de paratyphoïde, le malade a une pression de 140 mm., mais l'année suivante, la pression a repris son niveau antérieur.

Ainsi, une maladie infectieuse intercurrente peut agir favorablement, principalement sur certaines affections chroniques et plus spécialement sur des néphropathies ayant résisté au traitement.

P.-E. Morhardt.

W. Ludwig. ***Recherches cliniques sur les effets d'extraits du muscle cardiaque et des muscles squelettiques en cas de maladie de la circulation*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 33, 15 Août 1931). — L. a utilisé dans ses observations un extrait de myocarde (hormocardiol) et un extrait de muscles squelettiques (lacarnol). Ces extraits seraient dépourvus d'adrénaline, d'histamine et de lipoïde. Ils ont été administrés à la dose de V à XX gouttes, 3 fois par jour, ou de 1 à 2 cmc en injection intra-musculaire ou intraveineuse. L'extrait de myocarde a déterminé dans 3 cas une sensation de constriction à l'épigastre. Chez 16 sujets normaux, on a constaté sous l'influence de ces médicaments, deux ou trois minutes après l'injection, une accélération légère du pouls, s'atténuant rapidement. L'électrocardiogramme pris dans 4 cas de cette série a montré une accélération du rythme sinusal.

En cas de décompensation moyenne ne s'améliorant pas par deux ou trois jours de repos au lit, on a administré des extraits pendant quatre ou six jours à la dose quotidienne de 2 cmc, mais cela n'a pas suffi pour améliorer l'état et notamment pas pour déclencher la diurèse. Il a donc fallu recourir aux préparations digitaliques, sauf dans un cas où l'hormocardiol a suffi pour faire disparaître les œdèmes. L'association de ces extraits avec les préparations digitaliques a donné des résultats plus favorables: les doses digitales nécessaires ont été moindres.

Dans l'extrasystolie, les effets ont été nuls. Dans les troubles de la conduction, dans une bradycardie sinusale avec retard de la conduction, dans un cas de bloc total, on a observé une amélioration tout au moins partielle. Dans le flutter et dans la fibrillation auriculaire, on n'est jamais arrivé à obtenir une modification du rythme par les seuls extraits.

C'est dans l'angine de poitrine que les résultats les plus nets ont été obtenus. L'auteur a eu l'occasion d'observer 8 cas de ce genre, moyens ou légers, et il a pu, dans tous ces cas, obtenir soit la disparition complète du symptôme, soit une amélioration très marquée. Les deux espèces d'extraits ne se distinguent pas l'une de l'autre par leurs effets. D'un autre côté, il ne semble pas que ces extraits puissent, à eux seuls, augmenter la force du cœur. Quant aux résultats obtenus par L. dans l'angine de poitrine, ils sont semblables à ceux qui ont été observés par la plupart des auteurs avec ces médicaments.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

H. Reichel. ***Infection générale par les bacilles pyocyaniques*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, n° 3, vol. CLXXI). — Il s'agit d'une malade de 35 ans qui a présenté des abcès de glandes sudoripares de l'aisselle. Depuis trois mois et demi, il apparaît des gonflements et douleurs articulaires, notamment dans l'épaule et dans l'articulation tibio-tarsienne, avec des températures subfébriles. Le salicylate ne fait rien.

A l'examen, on constate que l'état général est satisfaisant, qu'il existe dans les aisselles des ganglions gros comme un haricot et on fait le diagnostic d'arthrite infectieuse subaiguë. Un traitement aux sels d'or (Solganal B) fait apparaître une éruption scarlatiniforme; les ganglions deviennent plus douloureux; puis il apparaît de l'ictère ainsi que de la tuméfaction du foie et enfin la région des aisselles rougit et s'œdématie, tandis que les ganglions prennent à travers la peau une teinte bleuâtre. Quelques jours plus tard, il se forme dans l'aisselle des vésicules à contenu sanguinolent qui se déchirent et au fond desquelles apparaissent des nécroses dont les dimensions finissent par atteindre la grandeur de la paume de la main. On constate dans ces vésicules l'existence de bacilles pyocyaniques. Après élimination du tissu nécrosé, il se forme des ulcérations à pus verdâtre; au niveau de la cuisse droite, il se forme également un abcès à pyocyaniques.

La septicémie à pyocyanique peut avoir une évolution foudroyante, mais aussi être plus chronique comme dans le cas de R. et alors elle peut parfois guérir. Un érythème gangreneux au cours d'un état septicémique permet de faire le diagnostic avec certitude. D'autres signes peuvent également mettre sur la voie: un état général typhique, une augmentation de volume de la rate et du foie, de l'ictère, de la diarrhée, des signes


TERCINOL

de néphrite ou de broncho-pneumonie, ainsi que de l'endocardite, de la leucopénie, une diazo-réaction positive. Un titre d'agglutination de 1 :200 et au delà parle en faveur d'une infection pyocyanique.

P.-E. Morhardt.

THE LANCET
(Londres)

C. Fraser Brockington. ***L'hypotension diphtérique*** (*The Lancet*, t. CCXX, n° 5626, 27 Juin 1931). — Dans le groupe de complications désigné sous le nom de « syndrome tardif de la diphtérie », les complications cardiovasculaires sont au premier plan. Mais, selon l'auteur, il ne s'agirait pas toujours de myocardite, et, dans 50 pour 100 des cas, la mort survient par suite d' « hypotension artérielle extrême », sans lésion cardiaque.

L'hypotension artérielle est un symptôme constant et tardif de la diphtérie: elle débute au 7e jour, pour atteindre son maximum au 12e jour, et remonte à la normale au 20e jour.

L'intensité de cette chute de tension est directement en rapport avec le degré de malignité de la diphtérie; et ce n'est que dans les formes très graves que ce stade « d'extrême hypotension », le plus souvent mortel, est atteint.

Cette hypotension extrême, dont la cause est sans doute surrénale, se distingue aisément de la myocardite classique: elle survient plus tard (12e jour au lieu du 6e); l'hypotension s'est constituée progressivement, les symptômes n'apparaissant que lorsque le chiffre de la pression est devenu très faible (dans la moycardite, le début est brusque, l'hypotension s'installe d'emblée); enfin, il n'y a aucun signe physique cardiaque (pouls normal, dimensions du cœur normales, pas d'arythmie, pas de douleurs thoraciques).

Enfin, il y a une agitation et une angoisse extrêmes. En cas de guérison, la tension remonte à la normale à la fin de la 3e semaine, tandis qu'en cas de myocardite le retour à la normale est beaucoup plus lent.

R. Rivoire.

C. M. Fleming. ***Le cholestérol plasmatique dans les néphrites; observations sur une série de cas*** (*The Lancet*, t. CCXX, n° 5626, 27 Juin 1931). — F. a fait de nombreux dosages de cholestérol dans les néphrites afin de mettre un peu de clarté dans cette question si controversée. Voici quelles sont ses conclusions:

Dans les néphrites aiguës, le cholestérol peut être en excès ou non; mais la guérison s'accompagne toujours d'une diminution. Le degré de l'œdème n'est pas proportionnel au taux du cholestérol plasmatique.

Dans la néphrite chronique interstitielle, la proportion du cholestérol est normale; l'apparition de l'azotémie s'annonce par une diminution du cholestérol.

Dans l'artério-sclérose avec lésion rénale, le taux du cholestérol est toujours élevé.

Dans la néphrite chronique parenchymateuse, le taux du cholestérol est plus élevé que dans aucun autre type de néphrite.

R. Rivoire.

D. J. Wilson. ***La fréquence de l'ostéomalacie et du rachitisme tardif dans le nord de l'Inde*** (*The Lancet*, t. CCXXI, n° 5627, 4 Juillet 1931). — Depuis quelques années, on tend à considérer l'ostéomalacie comme une maladie par carence, de cause tout à fait analogue à celle du rachitisme, la différence symptomatologique tenant à un état physiologique différent du squelette. Aussi est-il fort intéressant de connaître la fréquence de cette maladie aux Indes, où les régimes carencés sont la règle. L'auteur a trouvé une fréquence considérable de l'ostéomalacie et du rachitisme tardif dans les villes surpeuplées, particulièrement chez les hindous habitant dans de grandes maisons sans soleil. Même à la campagne, ces affections s'observent avec fréquence chez les individus dont le régime alimentaire est particulièrement pauvre en vitamines D, malgré l'action des rayons solaires.

L'amélioration de ces deux affections survient particulièrement rapidement en combinant l'administration de quantités modérées de vitamines à l'exposition journalière au soleil.

R. Rivoire.

J. Gibbens. ***La méningite aiguë aseptique*** (*The Lancet*, t. CCXXI, n° 5627, 4 Juillet 1931). — G. signale une petite épidémie de l'affection encore mal connue que l'on a désignée en France sous les noms de « méningite lymphocytaire aiguë, bénigne, état méningé, lympho-méningite pseudo-tuberculeuse », etc. Il s'agit, en effet, d'une maladie s'observant d'ordinaire par petites épidémies, de symptomatologie analogue à celle de la méningite tuberculeuse, de pronostic très bénin, et d'étiologie totalement inconnue.

Les trois cas de l'auteur n'apportent aucun fait nouveau pouvant éclairer l'étiologie de cette curieuse maladie.

R. Rivoire.

C. C. Ungley. ***Résultat de l'ingestion de cervelle dans le traitement de l'anémie pernicieuse*** (*The Lancet*, t. CCXXI, n° 5628, 11 Juillet 1931). — La plupart des tissus organiques agissent sur l'anémie pernicieuse. En dehors du foie et de l'estomac, dont les propriétés sont actuellement universellement connues, le rein, le tissu nerveux, la rate ont une action analogue, quoique plus discrète. L'auteur a entrepris une série d'expériences afin de vérifier l'action du régime à base de cervelle: non pour ajouter une nouvelle drogue à l'arsenal antianémique, mais dans l'espoir que ce régime aurait une action élective sur les troubles médullaires, si fréquemment associés en Angleterre à l'anémie de Biermer. Les résultats de ces expériences ne semblent pas avoir répondu entièrement aux désirs de l'auteur: l'action de ce régime sur les symptômes médullaires est du même ordre que celle du régime de Whipple; quant à l'action antianémique, elle est nettement plus faible.

R. Rivoire.

J. Berry et **S. Peat.** ***Un cas d'ochronosis avec élimination urinaire d'acide phénique*** (*The Lancet*, t. CCXXI, n° 5629, 18 Juillet 1931). — B. et P. rapportent un cas d'ochronosis, caractérisé par l'apparition progressive d'une pigmentation brun foncé du visage et des sclérotiques. La cause de cet ochronosis était une intoxication chronique par l'acide phénique, la malade utilisant cet antiseptique pour des pansements quotidiens d'ulcères variqueux depuis dix ans. Les auteurs ont entrepris une étude chimique très complète des urines de la malade, afin de découvrir la nature exacte du pigment phénique: malgré cette étude, la composition exacte du pigment brun n'a pu être déterminée; il semble être dû à une oxydation de l'acide phénique à un pH optimum de 9,2.

La suppression des pansements à l'acide phénique amena rapidement la disparition de l'élimination urinaire des corps phénolés, et, à sa sortie de l'hôpital, la coloration du visage de la malade était devenue normale.

R. Rivoire.

A. M. Kennedy. ***Un cas de purpura thrombocytopénique*** (*The Lancet*, t. CCXXI, n° 5631, 1er Août 1931). — K. rapporte une observation d'hémogénie intéressante parce que de nombreux essais thérapeutiques furent faits avant de recourir à la splénectomie. En particulier, un essai de traitement par les vitamines A et D, par des extraits parathyroïdiens et les rayons ultra-violets, tout en amenant un accroissement du nombre des plaquettes sanguines, n'aboutit à aucune amélioration clinique nette. Par contre, la splénectomie amena rapidement une guérison clinique et hématologique complète. 17 mois après la splénectomie, la guérison clinique est toujours parfaite, bien que le chiffre des plaquettes soit retombé à son niveau préopératoire. En somme, une observation, après beaucoup d'autres, qui tend à prouver que la thrombocytopénie est plus un symptôme qu'une cause dans l'hémogénie.

R. Rivoire.

Sir A. Wright. ***Sur la vaccinothérapie et l'immunisation « in vitro »; valeur de la chimiothérapie dans les septicémies*** (*The Lancet*, t. CCXXI, n° 5631, 1er Août 1931). — Avant de commencer un exposé complet de ses idées actuelles sur la vaccinothérapie et sur l'immunisation *in vitro*, W. nous dit, en un premier article, ce qu'il pense de l'action des différents antiseptiques dont on a vanté l'utilité dans le traitement des septicémies.

En premier lieu, pour affirmer le rôle antiseptique *in vitro* d'un médicament, il ne suffit pas de démontrer que ce médicament détruit les microbes en suspension dans l'eau, même à dose infinitésimale: il faut expérimenter l'action de ce remède sur des cultures microbiennes dans du plasma ou du sang total. En effet, l'expérience nous montre que le sublimé par exemple détruit une culture microbienne ordinaire à la dose de un millionième; tandis que dans une culture sur sang total, il faut une dose de 1/10.000 pour arriver au même résultat: dose très supérieure à la dose mortelle pour un homme. Bien mieux, l'expérimentation *in vitro* montre que l'adjonction au sang de la dose inoffensive maxima de sublimé favorisa la pullulation microbienne, sans doute en paralysant l'action antimicrobienne des leucocytes. Il en est de même pour tous les antiseptiques ordinaires. La même méthode expérimentale permet de juger l'action des médicaments dits chimiothérapeutiques, tels que l'optochine, la trypaflavine, etc.

L'optochine a une action anti-pneumococcique nette à faible dose: malheureusement, il est toxique pour le nerf optique, ce qui l'a fait abandonner à peu près partout. La sanocrysine ne peut tuer le bacille de Koch dans le sang à une concentration de 1/500, ce qui permet de lui dénier toute action élective sur le bacille de Koch. Le mercurochrome n'a absolument aucune action bactéricide, quelle que soit la dose employée. Quant à la trypaflavine et au violet de gentiane, ils n'ont qu'une action bactéricide très lente, alors qu'ils sont éliminés très rapidement de l'organisme, ce qui n'est pas en faveur de leur activité thérapeutique.

Par contre, le salvarsan a *in vitro* une action bactéricide nette sur certains microbes, notamment le streptocoque hémolytique et le bacille du charbon: c'est probablement le seul antiseptique connu dont l'action *in vitro* soit certaine, et peut-être devrait-il être employé plus largement dans la pratique clinique.

R. Rivoire.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

M. Perrin. ***La lithiase urinaire simulée*** (*Le Progrès Médical*, n° 28, 11 Juillet 1931). — P. rapporte l'observation de deux femmes de 27 et 31 ans, qui, l'une, après une crise hystériforme, l'autre dans le but d'obtenir des piqûres de morphine, simulèrent assez grossièrement la lithiase urinaire en mettant, dans le bocal d'urine, du gravier fin et du sable qui n'avaient aucun des caractères des concrétions lithiasiques. Il a trouvé dans la littérature quelques autres exemples de simulation de lithiase urinaire.

Beaucoup de simulateurs sont de grands hystériques, des névropathes avérés. Certains malades rééditent par simulation les symptômes vécus de coliques néphrétiques vraies.

Il y a des simulateurs par intérêt, d'autres qui semblent n'avoir aucun intérêt à simuler, paraissent inconscients et désintéressés à moins que l'on ne considère, comme motif intéressé, le simple avantage d'occuper l'attention de l'entourage et d'intriguer les médecins. Ces simulations exposent le malade à des soins prolongés, à des médications désagréables; elles ne sont pas le fait de sujets à intelligence intacte. Les cas de lithiase urinaire simulée, qui rentrent dans le cadre de la pathomimie, sont la signature d'un déséquilibre mental.

Robert Clément.

J. Gadrat. ***A propos des infections typho-paratyphiques chez les vaccinés*** (*Le Progrès Médical*, n° 36, 5 Septembre 1931). — A propos de l'observation d'un boucher de 22 ans qui présenta treize mois après une vaccination anti-typho-paratyphique une septicémie à bacilles d'Eberth, contrôlée par l'hémoculture et ayant évolué sous la forme d'une typhoïde fruste et légère, G. étudie les raisons qui permettent le développement d'une infection typho-paratyphique chez les vaccinés. Suivant les milieux, on trouverait, parmi les typhiques, la proportion de 1/8 à 1/11 de vaccinés. Dans la plupart des cas, la vaccination est trop récente, moins de quinze jours, ou trop ancienne, plus de cinq ans. Cependant, l'infection typhoïde survient quelquefois plus tôt. Le mode de vaccination doit intervenir dans le déterminisme de ces faits. On manque encore de statistiques pour dire si tel ou tel vaccin est plus souvent responsable qu'un autre. La vaccination par voie digestive est certainement inférieure à ce point de vue sur la vaccination par injection sous-cutanée. Sur une statistique portant sur 10.000 individus, Cantacuzène et Panaïtescu trouvent une morbidité de 0,03 pour 100 chez les vaccinés par voie sous-cutanée et de 0,26 pour 100 chez les sujets ayant absorbé du bili-vaccin. Pour les 7 premiers mois, la morbidité est donc 8 fois plus considérable avec la bili-vaccination qu'avec la voie sous-cutanée.

Dans la majorité des cas, la fièvre typhoïde des vaccinés est atténuée, abortive et de pronostic bénin.

Pour faire la preuve du diagnostic, l'hémoculture est le procédé de choix, mais lorsque la vaccination date au moins de deux mois, le séro-diagnostic garde sa valeur à la condition d'être supérieur au taux de 1 pour 300.

L'explication de ces faits doit être cherchée dans la non-installation après la vaccination d'un état allergique que des injections ultérieures peuvent d'ailleurs faire apparaître. Il conviendrait donc dans les semaines qui suivent la vaccination de rechercher par l'intradermo-réaction, avec un filtrat glycériné de culture éberthienne, l'allergie typhoïdique et de faire une ou plusieurs injections de vaccin aux sujets qui ne sont pas sensibilisés par les doses courantes.

En attendant qu'elles deviennent obligatoires pour la population civile, on ne saurait trop multiplier les vaccinations anti-typho-paratyphiques dont la valeur prophylactique ne fait plus de doute.

Robert Clément.

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

F. Claude (du Mont-Dore). ***Le facteur respiratoire dans l'asthme*** (*Le Bulletin Médical*, t. XLV, n° 26, 27 Juin 1931). — On ne peut encore construire une théorie pathogénique applicable à tous les cas d'asthme. On ne trouve pas toujours dans les antécédents de l'asthmatique une affection respiratoire ayant pu créer une lésion scléreuse asthmogène. C. pense qu'il vaut mieux parler de fragilité de l'appareil respiratoire que d'épine respiratoire.

Dans une étude portant sur 500 asthmatiques, il a étudié le facteur respiratoire d'une part, comme agent étiologique général ayant préparé le terrain; d'autre part, comme agent déclanchant les accès. 79,80 pour 100 se rappelaient avoir eu une ou plusieurs affections respiratoires avant l'apparition de leur asthme, 20,20 pour 100 ne paraissaient pas avoir eu la moindre atteinte des voies respiratoires, mais 14,2 pour 100 avaient eu une affection ou une lésion nasale. On peut admettre que les lésions nasales agissent de la même façon que les affections pulmonaires et bronchiques. 6,20 pour 100 seulement des malades semblent n'avoir eu aucune atteinte de l'appareil respiratoire. Chez ces 31 malades, 8 avaient des parents asthmatiques: chez 14, l'asthme était survenu après la disparition d'un eczéma, d'une urticaire, etc. Parmi les affections respiratoires retrouvées dans les antécédents, les bronchites sont les plus fréquentes.

Le facteur respiratoire ne se borne pas à préparer le terrain favorable à l'asthme, il se manifeste encore dans le déclanchement des accès. Sur 500 asthmatiques, 190 incriminaient nettement l'influence des affections respiratoires aiguës dans le déclanchement de leurs accès.

Au cours d'infections pulmonaires aiguës avec forte fièvre l'asthme disparaît généralement et quelquefois pour longtemps.

L'asthmatique enfin est prédisposé aux atteintes infectieuses des voies respiratoires. Mais, malgré son importance, le facteur respiratoire n'est pas tout dans la pathogénie de l'asthme.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

Henri-Fisher. ***Dysmorphie congénitale et insuffisance respiratoire*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, t. LII, n° 30, 26 Juillet 1931). — Plus de la moitié des enfants au-dessous de 12 ans ne savent pas respirer ou ne peuvent respirer de façon normale. Ils respirent mal parce qu'il existe un obstacle permanent dans les voies aériennes supérieures. La petitesse générale et uniforme des fosses nasales, le rétrécissement latéral ou vertical par atrésie congénitale, les occlusions congénitales des fosses nasales par brides ou expansions membraneuses, par brides ou lamelles osseuses, soit en avant, soit en arrière, sont relativement rares. La dilatation ampullaire du cornet moyen est assez fréquente, celle de la bulle ethmoïdale, plus rare. Les déviations de la cloison existent à des degrés divers chez 2 sur 5 enfants avec prédominance marquée du côté gauche. Enfin, on peut avoir des dysmorphies des os propres du nez, absence uni ou bilatérale de ces os avec leurs suppléances, leurs variations, la synostose précoce de la suture internasale, etc. L'hypertrophie du tissu lymphoïde, constituant les végétations adénoïdes, crée l'insuffisance respiratoire, mais en est souvent aussi un des effets.

En dehors de ces vices de conformation, les enfants respirent mal parce que les muscles respiratoires sont peu développés, atrophiés, flasques, sans tonicité. Il en résulte une respiration courte limitée au 1/3 supérieur du thorax, des mouvements costaux sans amplitude, une rigidité du gril costo-sternal.

Les malformations du squelette thoracique sont parfois aussi des causes de troubles respiratoires. L'asymétrie d'articulation, les fusions costales, les côtes en anneaux, l'agénésie de la première côte, l'agénésie partielle des autres côtes, les côtes flottantes, l'élévation congénitale de l'omoplate, la présence d'une côte articulée à la 7e vertèbre cervicale, l'existence d'une première côte lombaire entraînent une gêne respiratoire plus ou moins grande. Lorsque ces manifestations sont unilatérales, elles entraînent une asymétrie des muscles et des os de la cage thoracique.

L'importance physiologique respiratoire du sternum est considérable. Il est constitué d'une série de pièces élémentaires; les troubles de son développement, suivant le moment où ils se produisent, déterminent le défaut de fusion des deux hémi-sternums, provoquant des variations tissurales, des fissures sternales ou le vice de fusion des sternèbres, causent des variations articulaires. Fissures totales ou partielles, supérieures, inférieures, centrales ou combinées; saillie en avant de la première articulation formant l'angle de Louis, saillie en arrière des dernières articulations formant ce qu'on a appelé le sternum infundibuliforme; déplacement de l'articulation mobile; variations de l'angle chondral et de l'appendice xiphoïde sont autant de malformations qui jouent un rôle pour entraver la respiration normale.

Bien souvent, causes musculaires, faciales, thoraciques ou rachidiennes, sont associées et ces sujets sont des débiles.

Le traitement d'une insuffisance respiratoire sera causal: on rétablira la perméabilité nasale, des exercices respiratoires méthodiques développeront les muscles et modifieront les dysmorphies squelettiques.

Robert Clément.

R. de Grailly, P. Dervillée et **A. Hébraud.** ***Les données physio-pathologiques modernes sur les liquides duodénaux et la vésicule biliaire; leurs applications cliniques et thérapeutiques*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, t. LII, n° 32, 6 Septembre 1931). — Le tubage duodénal et la radiographie de la vésicule biliaire, rendue opaque par certains artifices a permis d'étudier d'une façon plus précise la physiologie des liquides duodénaux et celle de la vésicule biliaire.

La simple excitation mécanique de la sonde d'Einhorn sur la paroi duodénale provoque quelques modifications du suc duodénal. L'étude comparative du suc duodénal retiré de demi-heure en demi-heure chez des individus à jeun montre des variations relativement faibles de l'ordre de 10 pour 100 environ. Ces variations sont infimes par rapport à celles observées avec les excitants chimiques, et le rôle de l'excitation mécanique peut être considéré comme pratiquement négligeable.

G., D. et H. ont recherché le rôle de quelques excitants chimiques de la sécrétion duodénale. Les corps gras (lait, huile) agissent à la fois sur la concentration de la bile et sur l'activité lipasique. Le lait écrémé agit infiniment moins que le lait total. Les solutions de peptone acidulées n'ont eu aucune action sur la sécrétion.

Le sulfate de magnésie provoque l'apparition d'une bile noire sur l'origine de laquelle on discute; les graisses et en particulier l'huile d'olive déclanchent l'apparition d'une bile encore plus noire de nature mal définie. Pour apporter une contribution à l'étude de la signification de ces biles, les auteurs ont cherché à montrer l'action de ces substances sur la vésicule biliaire par des procédés radiologiques.

Chez des sujets normaux dont la vésicule était préparée pour la radiographie grâce au tétraiode, on peut suivre, de demi-heure en demi-heure, les modifications de l'ombre de la vésicule. Un repas à base de crème, de jaune d'œuf, provoque la contraction vésiculaire bien mieux que le sulfate de magnésie. Après ingestion d'huile d'olive (15 à 30 gr), on obtient une augmentation de l'ombre de la vésicule pendant la première demi-heure, puis progressivement, l'ombre s'atténue pour disparaître au bout de 2 heures en moyenne. Avec les solutions magnésiennes, l'ombre vésiculaire diminue pendant 2 heures pour retrouver ultérieurement vers la 6e heure son volume primitif. L'ingestion d'huile provoque une première phase de mise en tension de la vésicule, puis une phase d'évacuation. L'augmentation de l'ombre durant la première période serait due à la sécrétion du foie. L'huile d'olive et, d'une façon générale, les corps gras, paraissent plus actifs que les solutions magnésiennes; en outre, l'huile d'olive a la propriété d'exciter la sécrétion du foie.

Au cours d'une infection du foie ou des voies biliaires, se traduisant par le passage dans la bile d'éléments anormaux, dans un cas de suppuration par exemple, l'épreuve de l'huile fournit un appoint sérieux à l'épreuve de Meltzer-Lyon.

Au point de vue thérapeutique, un régime et la cure d'huile ont quelquefois raison de troubles engendrés par l'atonie vésiculaire.

Robert Clément.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

M. Brodiez et J. Lefèvre (Enval). ***Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par les sels d'or*** (*Revue de la Tuberculose*, 3e série, tome XII, n° 7, Juillet 1931). — Cette étude est basée sur une statistique de 100 cas traités par B. et L. au cours des deux dernières années. Les auteurs estiment que l'aurothérapie est un adjuvant précieux de la cure d'air et de repos, et constitue le seul traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire dont ils ne mettent pas en doute l'efficacité.

Les doses doivent être subordonnées à la résistance des sujets et à la tolérance: faibles chez les sujets déprimés, elles doivent être plus élevées pour les sujets robustes, chez lesquels B. et L. arrivent rapidement à une dose de 0 gr. 25 et à 3 et même 3 gr. 50 par série, chez les malades dont le poids dépasse 80 kilogr. Si une première série donne des résultats favorables, on fait des cures d'entretien à des intervalles de 3 à 6 mois.

Étant donné les inconvénients de la méthode, il faut être bien sûr que l'expectoration est bacillifère, et analyser les urines avant chaque injection de sels d'or.

Dans les tuberculoses au début, ne pas perdre son temps à essayer des sels d'or avant de tenter le pneumothorax.

Chez les malades peu ou pas évolutifs, joindre l'aurothérapie à la cure sanatoriale.

Tout malade traité par la collapsothérapie et présentant des menaces de bilatéralisation doit être traité par les sels d'or, c'est là l'indication la plus formelle.

Dans les épanchements du pneumothorax, surtout s'ils passent à la purulence, il est logique d'essayer l'aurothérapie, malgré l'inconstance des résultats.

Dans les formes extensives et très évolutives, il faut être extrêmement prudent. Ne jamais traiter les malades déjà cachectiques, ou ceux atteints de troubles intestinaux récents, de colite acide des tuberculeux, qui est souvent le premier temps d'une tuberculose intestinale. Traiter en revanche, mais avec discernement, et en recourant seulement à de très petites doses, le fibro-caséeux qui s'aggrave et les formes nettement évolutives d'emblée dans lesquelles la gravité de l'état local, pulmonaire, l'emporte de beaucoup sur les réactions générales, le tuberculeux qui se défend, ne maigrit pas ou même engraisse, malgré une température élevée.

L. Rivet.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
(Paris)

D. Danielopolu (Bucarest). ***Sur la pathogénie de l'asthme et sur le mécanisme intime de production de l'accès; rôle du système nerveux de la vie végétative*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. VI, n° 1, 1931). — Malgré la grande variabilité des facteurs qui déterminent l'accès d'asthme, le syndrome est toujours le même, identique comme symptôme, presque identique comme évolution, se déroulant de la même manière. On doit admettre que le mécanisme intime de la production de l'accès est toujours le même. On a l'impression que le facteur déterminant déclanche un phénomène qui se continue ensuite pour son propre compte.

« L'accès d'asthme ne peut se produire que par le concours en même temps des filets centrifuges et des filets centripètes des bronches et par la production du « cercle vicieux réflexe broncho-moteur ». Ce cercle vicieux est amphotrope, mais par sa prédominance sur le groupe excitateurs, il est broncho-constricteur. »

Tous les facteurs, qu'ils soient prédisposants ou déterminants, agissent dans la production de l'asthme, par l'intermédiaire du système nerveux de la vie végétative. Qu'il s'agisse d'un réflexe, d'une excitation de l'écorce cérébrale, d'un choc anaphylactique, d'un choc colloïdoclasique, d'une substance pharmacologique, le facteur déclanchant n'agit pas directement sur les nerfs, il produit une modification des humeurs de l'organisme, toujours identiques, qui dévie l'action végétative du milieu amphotrope vers le vagotropisme, ce qui explique l'identité des phénomènes bronchiques dans tous les cas.

Un facteur quelconque ne peut déclancher l'asthme que lorsque l'organisme est prédisposé. « La prédisposition se fait par un facteur local: épine inflammatoire ou sensibilisation locale. Cette prédisposition locale est indispensable, car il n'y a pas d'asthme sans facteur local. Même dans l'asthme anaphylactique, le facteur local est indispensable. La prédisposition locale peut être complétée ou exagérée par un facteur général ou d'une autre nature, mais ces facteurs ne sont pas indispensables comme l'est le facteur local à la production de l'asthme. »

Robert Clément.

A. Viton (Buenos-Aires). ***Les pleurésies axillaires post-collapsothérapiques*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. VI, n° 1, 1931). — Dans 4 cas, V. a observé une pleurésie axillaire provoquée par la collapsothérapie artificielle du poumon, atteint de processus tuberculeux aigu en pleine période de développement. Tous les sujets avaient séjourné longtemps à de hautes altitudes. Dans 3 cas, il s'agissait de femmes et la pleurésie était à gauche, chez l'homme il s'agissait de pleurésie droite.

Chez 3 malades, l'apparition du syndrome axillaire s'est faite dans la phase de résorption des pleurésies de la grande cavité post-collapsothérapique. Chez le quatrième, l'épanchement localisé dans la région axillaire n'a pas été précédé de pleurésie de la grande cavité.

Les caractères physiques, chimiques et cytologiques du liquide des pleurésies axillaires ont toutes les caractéristiques des pleurésies tuberculeuses comme les épanchements consécutifs au pneumothorax. Il s'agit en somme d'une forme de pleurésie cloisonnée et le pronostic est le même que celui des épanchements du pneumothorax artificiel.

En général, on peut poursuivre la collapsothérapie, mais chez ces malades, le coefficient de résorption gazeuse pleurale diminue beaucoup, ce qui permet d'espacer les insufflations. Au traitement classique, V. a toujours associé soit la tuberculinothérapie, soit de l'antigénothérapie, soit la chrysothérapie.

Robert Clément.

E. Sergent et **R. Mignot**. ***Les hémoptysies par traumatisme bronchique interne*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. VI, n° 1, 1931). — Dans la tuberculose, on peut observer des hémoptysies traumatiques; elles sont d'origines tuberculeuses; le traumatisme réveille une lésion ancienne et transforme une évolution chronique en évolution subaiguë; son action est incontestable dans certains cas.

En dehors de la tuberculose, on peut observer des hémoptysies causées par l'intoxication par les gaz qui réalisent un véritable traumatisme bronchique. A côté de ce véritable traumatisme interne des bronches, il faut faire une place aux hémoptysies causées par les grandes contusions du thorax ou les blessures pénétrantes de poitrine. Les hémoptysies peuvent être immédiates et uniques ou tardives et récidivantes de plus grand intérêt clinique. Toutes les recherches doivent être faites dans le but de dépister la tuberculose.

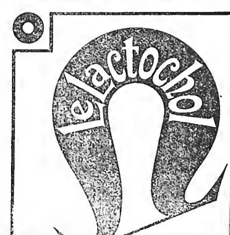
On peut admettre qu'il existe 2 phases dans la production des hémoptysies traumatiques: une première constituée par un raptus vasculaire et une apoplexie broncho-pulmonaire; une deuxième, caractérisée par la persistance d'une lésion chronique kystique ou cicatricielle avec couronne de capillaires néo-formés constituant une sorte d'angiome acquis. On peut rapprocher de ces faits les hémoptysies qui accompagnent les « pierres du poumon ».

On est presque désarmé contre les hémoptysies traumatiques non tuberculeuses récidivantes. Seuls, les traitements symptomatiques, l'opothérapie ovarienne sont indiqués. Si les hémoptysies sont entretenues par un corps étranger, il faut en conseiller l'extraction.

Robert Clément.

ANNALES D'OTO-LARYNGOLOGIE
(Paris)

P. Jacques (Nancy). ***Paralysie zostérienne facio-pharyngo-laryngée*** (*Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 8, Août 1931). — J. rapporte l'observation d'une malade de 60 ans, ayant présenté tout d'abord des phénomènes gastro-intestinaux et au bout de huit jours des crises névralgiformes violentes, de la dysphagie douloureuse avec otalgie, de la paralysie faciale homolatérale totale avec parésie vélo-palatine et hémilaryngoplégie, alors que la température s'élevait brusquement à 39°.


Le Lactochol

L'examen révéla l'existence, à la face buccale du voile, de deux vésicules, grosses comme un grain de chènevis, puis de trois autres éléments d'herpès sur le bord libre et la face laryngienne de l'épiglotte, enfin d'une vésicule de la margelle laryngée au voisinage de la cornicule, toutes manifestations limitées au côté gauche.

On remarquait, en outre, l'immobilité de l'hémiface gauche, la chute de la paupière inférieure découvrant un œil avec pupille normale, mobilité et vision conservées, une légère asymétrie du voile, une immobilisation en position paramédiane de la corde vocale gauche et de l'aryténoïde dans l'inspiration et la phonation.

On observait, enfin, une gêne douloureuse due aux érosions herpétiques, de la dysphagie par insuffisance musculaire, des douleurs névralgiformes continues avec paroxysmes, une perversion gustative, le premier symptôme en date, accompagné de nausées et d'instabilité cardiaque.

Le diagnostic de zona pharyngien fut porté. La malade n'avait eu connaissance d'aucun cas de varicelle dans son entourage. Elle avait eu à 23 ans un zona de la base du cou.

Quarante-huit heures après l'examen, un bouquet de vésicules perlées apparut dans la conque de l'oreille gauche.

On considère habituellement le zona du pharynx comme une rareté. Peut-être le fait est-il plus apparent que réel, certaines paralysies associées des derniers nerfs craniens pouvant relever sans doute d'une éruption herpétique inobservée. Il ne semble pas, en tout cas, que le zona ait encore jamais été incriminé comme facteur de laryngoplégie.

D'après la succession des phénomènes, on a pu enregistrer l'infection par le virus herpétique du facial en totalité, du glosso-pharyngien sensitif et moteur, du pneumogastrique, tout s'étant passé comme si ce virus s'était localisé, en même temps qu'aux ganglions sensitifs géniculé et jugulaire, au segment moteur de la colonne grise qui prolonge dans l'encéphale le groupe cellulaire antéro-externe de la corne antérieure de la moelle et d'où émanent par le sillon collatéral postérieur du bulbe les filets radiculaires donnant successivement naissance aux troncs de la 7e paire, de la 9e, de la 10e et à la branche de la 11e destinée au ganglion plexiforme du vague.

L'observation ci-dessus apporte son appoint aux vues d'Head et Brissaud; elle n'infirme pas celle de Flandin, Pokay et de Netter, sur l'étiologie varicelleuse du zona, elle permet de noter une première atteinte du zona avec un intervalle de 35 ans, et le déterminisme possible de l'origine dentaire relaté dans l'observation de la malade.

LENOUX-ROBERT.

BRUXELLES MÉDICAL

Paul François (Anvers). ***Le régime de Gerson-Sauerbruch-Hermannsdorfer dans le traitement de la tuberculose lupeuse*** (*Bruxelles-Médical*, t. XI, n° 35, 28 Juin 1931). — Le traitement général des lupiques demande entre autre chose une nourriture abondante et fortifiante. F. s'est trouvé satisfait de l'administration, surtout à des enfants, d'un régime lacto-farino-végétarien sans sel et riche en vitamines qui aurait une réelle efficacité, non seulement sur la santé générale des tuberculeux, mais sur les lésions tuberculeuses de la peau elle-même. Il donne, à titre d'exemple, l'observation de 5 enfants améliorés par ce régime.

Sont interdits les viandes et poissons salés, les conserves. Sont autorisés en quantité modérée (60 gr. par jour) les farines et farineux (sans sels), les sucres (30 à 50 gr. par jour), les condiments, la bière, le café, le thé, le cacao. Le régime est surtout composé de viande fraîche (80 gr. par jour environ) ou poisson frais; de lait (de 1 litre à 1 litre 1/2) frais ou fermenté ou sous forme de fromage; de graisses, beurre (80 à 100 gr. par jour), saindoux, lard ou huile d'olive; de légumes ou salades, cuits à la vapeur ou à l'étouffée, de fruits, de préférence crus ou en compote, d'œufs crus ou sous forme de puddings ou d'omelette.

La diminution du sel marin de l'alimentation influencerait l'hydratation des tissus. Les vitamines, catalyseurs et ferments, en abondance, augmenteraient la résistance de l'organisme et diminuent la prédisposition aux infections.

ROBERT CLÉMENT.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

M. Molhant (Bruxelles). ***Les troubles moteurs, d'ordre réflexe périphérique, post-traumatiques; leur pathogénie et traitement. Considérations cliniques, pathogéniques et thérapeutiques sur les suites du traumatisme chirurgical*** (*Le Scalpel*, t. LXXXIV, n° 33, 15 Août 1931). — Les troubles moteurs d'ordre réflexe périphérique ont été observés pendant la guerre; leur aspect clinique spécial, notamment les troubles vaso-moteurs et thermiques qui les accompagnent, leur résistance à toute psychothérapie permettent de distinguer ces paralysies et contractures post-traumatiques des troubles fonctionnels, sans autoriser à les ranger dans le cadre d'aucune affection organique connue.

Il faut distinguer un *syndrome hypertonique* ou d'irritabilité réflexe caractérisé par la contracture périarticulaire, la paralysie ou la diminution de la motilité volontaire, l'exagération de la motilité réflexe tendineuse et cutanée, absence de modification des réactions électriques, douleurs et sensibilité à la pression et un *syndrome hypotonique* ou parétique réflexe avec ou sans contracture, caractérisé par l'hypotonie avec laxité articulaire, la paralysie ou diminution de la motilité volontaire, la diminution de la motilité réflexe, l'exagération de la contractilité idiomusculaire, des troubles vaso-moteurs et trophiques avec modifications quantitatives des réactions électriques, douleurs profondes à caractère ostéocope, dissociation tabétique de la sensibilité.

Ces troubles sont, en général, en rapport avec des lésions articulaires ou périarticulaires. Ils sont segmentaires, peuvent être progressifs. L'un est le syndrome irritatif, l'autre de déficit, tous deux « expression clinique d'une névrite terminale des fibres périphériques de la sensibilité profonde ostéoarticulaire ».

« Cette pathologie articulaire est essentiellement liée aux perturbations réactionnelles tissulaires de régénération, conditionnées par la dérégulation biologique dont l'hyperhémie réactionnelle intense et prolongée est le témoin. »

La pathogénie du syndrome hypertonique est dominée par le terrain dyscrasique; son évolution est conditionnée par la vasodilatation excessive et prolongée. Lorsque les lésions ne sont pas trop anciennes ou définitivement organisées, quelques injections d'iode colloïdal ramènent rapidement le tout dans l'ordre. Quelques observations sont rapportées pour montrer l'efficacité de cette médication.

Le syndrome hypotonique ou parétique réflexe avec ou sans contracture s'accompagne de troubles vaso-moteurs, thermiques et sudoripares qui ont les caractères du syndrome sympathique irritatif. L'intervention rationnelle, c'est l'ablation chirurgicale de toutes les épines irritatives, indication plus facile à formuler qu'à réaliser pratiquement.

Le pronostic reste sombre, bien que le traitement actuel l'ait amélioré.

Comme le traumatisme articulaire, tout traumatisme périphérique ou viscéral comporte une réaction locale réparatrice de vaso-dilatation. Lorsqu'un état dyscrasique vient troubler la réaction régulatrice vasculaire du sympathique, vont apparaître des topo-algies diffuses. Seule la modification du terrain dyscrasique constitue la thérapeutique vraiment causale de ces algies.

ROBERT CLÉMENT.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

A. S. Berljand et **J. Weinstein**. ***Hypertension et inspiration d'oxygène pur*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVIII, n° 35, 28 Août 1931). — Une classification récente de Senator groupe les hypertendus suivant leurs diverses origines : toxinfectieuses, cardiaques, rénales, vasculaires, etc. Les auteurs ont étudié le groupe des hypertendus d'origine toxinfectieuse. Ils ont cherché quelle influence exerçaient les inhalations d'oxygène chez les pneumoniques et surtout chez les diabétiques.

Chez 25 diabétiques hypertendus, la courbe quotidienne de la tension artérielle a montré une chute tensionnelle soit immédiate, soit plus tardive après les inhalations, alors que 10 sujets à tension normale n'ont présenté que des variations insignifiantes et très passagères. Le mécanisme de cette action hypotensive est difficile à élucider. L'oxygène n'est pas un hypotenseur absolu puisqu'il n'agit pas sur les sujets normaux. Les résultats des épreuves tendent à montrer que son action s'exerce par neutralisation d'un facteur hypertensif, de telle sorte que son efficacité est d'autant plus grande que ce facteur est plus important dans la détermination du syndrome.

En ce qui concerne la mise en évidence de ce facteur, les recherches chimiques dans le sang des sujets avant et après inhalation n'ont pas décelé de variation du taux calcique. L'influence du CO^2 sur l'hypertension essentielle ne paraît pas non plus démontrée par cette étude. L'explication précise du phénomène n'est donc jusqu'à présent pas donnée et des recherches se poursuivent à ce sujet.

G. DREYFUS-SÉE.

E. Urbach et **C. Wiethe**. ***Recherches expérimentales effectuées chez un boulanger présentant une hypersensibilité nasale vis-à-vis de diverses espèces de farine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVIII, n° 35, 28 Août 1931). — L'observation de ce boulanger a permis à U. et W. de rechercher la sensibilité spécifique vis-à-vis des allergènes au niveau de l'organe atteint et de vérifier s'il s'agissait d'une sensibilisation muqueuse superficielle ou mucovasculaire. Il est important au cours des rhinopathies allergiques de pratiquer la recherche du test nasal et, d'ailleurs, à un point de vue plus général, l'auteur insiste sur la nécessité de pratiquer autant que possible les épreuves de sensibilisation au niveau même de l'organe qui réagit. Une exception doit être faite dans les cas dans lesquels l'organe sensibilisé est distinct de l'épine irritative comme par exemple au cours de l'asthme d'origine digestive. La muqueuse des voies respiratoires supérieures paraît alors allergisée secondairement.

Pour établir si les allergènes agissent sur l'épithélium ou sur les vaisseaux de la muqueuse, on emploie l'épreuve de l'adrénalisation locale. Dans le cas étudié, il s'agissait d'une sensibilisation épimuqueuse encore prouvée par les résultats d'un essai de désensibilisation unilatérale.

Chez ce malade, il fut possible d'obtenir une désensibilisation passagère par la thérapeutique orale et locale (nasale) par les produits spécifiques, mais la désensibilisation absolue et durable ne put être obtenue que par injection dans la muqueuse nasale d'extraits de farine à des concentrations progressivement augmentées.

G. DREYFUS-SÉE.

H. Frank. ***Endocardite due aux bacilles de l'influenza et évoluant avec le tableau clinique d'une endocardite lente*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVIII, n° 36, 4 Sept. 1931). — Le rôle pathogène du bacille de l'influenza demeure très discuté et on sait combien il est difficile de le mettre en évidence dans le sang. L'observation de F. prend de ce fait un intérêt particulier, car il réussit à déceler ce microbe dans le sang d'un malade qui présentait une endocardite lente évolutive, cliniquement superposable à celles que détermine le streptocoque viridans. 5 hémocultures furent positives durant la vie et l'autopsie révéla une endocardite ulcéro-végétante et un foyer embolique rénal. Les 21 cas connus dans la littérature se sont tous terminés par la mort. Pour 8 d'entre eux seulement le bacille avait été mis en évidence dans le sang; chez tous les autres, c'est l'examen anatomo-pathologique qui permit d'affirmer le diagnostic.

G. Dreyfus-Sée.

H. Hocker. ***Recherches comparatives sur les méthodes de sédimentation globulaire de Westergren (Macro-Méthode) et de Langer et Schmidt (Micro-Méthode*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVIII, n° 37, 11 Septembre 1931). — La micro-méthode de Langer et Schmidt a le gros avantage de nécessiter une petite quantité de sang et d'être facilement et rapidement réalisable. En comparant les résultats qu'elle fournit avec ceux de la méthode de Westergren, il apparaît qu'elle présente une certitude suffisante pour être utilisable. Les recherches ont porté sur des cas de sédimentation normale ou accélérée faiblement ou fortement. Dans les cas normaux, les 2 méthodes concordent dans 85 pour 100 des cas. Dans les cas avec sédimentation accélérée la microméthode fournit des chiffres constamment 1,9 fois plus petits que la méthode habituelle; ces chiffres sont 2,76 fois plus petits que ceux de Westergren lorsque la sédimentation est très accélérée. Seuls les cas extrêmes présentent des proportions plus variables. Une courbe permet de se rendre compte de la valeur relative des deux méthodes.

G. Dreyfus-Sée.

R. Schumann. ***Un cas d'anémie pernicieuse coïncidant avec un diabète sucré*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVIII, n° 37, 11 Septembre 1931). — A propos de cette observation exceptionnelle, l'auteur cherche quelles relations peuvent unir ces deux syndromes réalisés chez le même malade. Il insiste sur l'achylie gastrique qui avait précédé notablement les phénomènes cliniques anémiques. Il est possible qu'à la faveur de cette achylie se soit produite une exaltation de la flore intestinale et une lésion secondaire du pancréas déterminant le diabète. Cependant, la rareté de ces cas ne permet pas d'éliminer la coïncidence simple des deux affections.

G. Dreyfus-Sée.

H. Becker. ***Contribution clinique à la fièvre ganglionnaire*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVIII, n° 38, 18 Sept. 1931). — Depuis la description de Pfeiffer en 1889, de nombreux travaux ont paru sur la fièvre ganglionnaire sans élucider cependant son problème étio-pathogénique. B. apporte une contribution à cette étude sur la base de 10 observations de fièvres ganglionnaires typiques. Ces cas comportent 8 adultes et 2 enfants.

A l'image classique constituée par l'adénopathie généralisée, la fièvre à évolution cyclique, l'augmentation de volume du foie et de la rate, s'ajoutait une image sanguine typique. Au début de l'infection, les leucocytes diminuaient de nombre pour augmenter ensuite rapidement, et, à la période d'état, on observait une mononucléose à prédominance lymphocytaire. Les éosinophiles diminués au début augmentaient de nombre généralement pendant la période de convalescence. L'angine est apparue comme une complication inconstante survenant du 12 au 15e jour. Dans d'autres cas, on a pu observer un exanthème généralisé, une conjonctivite, une néphrite tardive. Tous ces phénomènes semblent contingents et la conception de Glanzmann, considérant la fièvre ganglionnaire comme une affection autonome, paraît à B. l'hypothèse la plus vraisemblable. Le nom de fièvre ganglionnaire lymphémoïde, proposé par Glanzmann, mérite donc d'être retenu.

G. Dreyfus-Sée.

Y. Ohno. ***Etudes expérimentales sur la pathogénie des ictères*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVIII, n° 39, 25 Septembre 1931). — L'étude des ictères expérimentaux réalisés à l'aide de toluylène-diamine et phényl-hydrazine a conduit O. à considérer les ictères toxiques comme d'origine essentiellement hépatogène et non pas hémolytique. Ces ictères hépatogènes peuvent réaliser deux formes essentielles : l'une cholangiogène par résorption, l'autre par dysfonctionnement hépatocellulaire, réalisant un ictère par rétention, cette dernière forme étant beaucoup plus rare que la première. La combinaison de ces deux types est assez fréquente: au point de vue expérimental, il est d'ailleurs impossible de réaliser un ictère par simple hyperproduction de bilirubine, car dans ce cas l'excès produit serait éliminé par excrétion compensatrice du foie aussi longtemps que la cellule hépatique demeurerait indemne.

L'auteur avait proposé, il y a quelques années, une classification des ictères en deux formes essentielles suivantes :

1° Ictère hépatogène comprenant l'ictère hépatocellulaire (par rétention) et l'ictère cholangiogène (par résorption).

2° L'ictère anhépatogène.

Mais, actuellement, il nie l'existence de cette dernière classe d'ictère et considère qu'elle n'existe qu'à l'état d'association avec la première forme.

En règle générale, les formes d'ictère mécanique ou dynamique se ramènent à l'ictère cholangiogène déterminé par une lésion mécanique ou toxique des voies biliaires et habituellement accompagné de phénomènes hépatocellulaires. Les ictères uniquement hépatocellulaires sont rares; les ictères purement anhépatogènes sans aucune lésion hépatique ne se rencontreraient jamais.

G. Dreyfus-Sée.

THE LANCET
(Londres)

Sir A. Wright. ***Sur la vaccinothérapie et l'immunisation « in vitro » (suite); le pouvoir antibactérien du sang*** (*The Lancet*, t. CCXXI, n° 5632, 8 Août 1931). — W. étudie dans cet article le fondement expérimental de la vaccinothérapie. Son idée primitive était de faire participer tout l'organisme à la lutte contre un foyer infectieux localisé, qui, à l'état normal, n'est combattu que par les tissus voisins. Ultérieurement, d'ingénieuses expériences le convainquirent d'un fait essentiel : les tissus fixés n'ont aucun rôle antiinfectieux; c'est le sang, et plus spécialement les leucocytes, qui assument la totalité de la lutte contre les microbes. La seule façon de faciliter cette lutte est donc d'exalter la fonction antimicrobienne des leucocytes; la vaccinothérapie remplit ce rôle, à condition qu'elle soit dosée convenablement. En effet, des doses trop fortes d'antigène déterminent une diminution temporaire des facultés des leucocytes; d'où relâchement de la lutte antimicrobienne et possibilité d'une extension de l'infection. Afin de doser convenablement la thérapeutique par les vaccins, il est donc indispensable de pouvoir mesurer la valeur fonctionnelle des leucocytes : cela est possible pour la recherche de l'index opsonique et de l'activité phagocytaire; mais il faut bien savoir que la phagocytose n'est pas le processus essentiel de l'action antimicrobienne des leucocytes : c'est l'action indirecte qui est essentielle, car il existe dans les septicémies les plus graves une armée de 75.000 leucocytes pour détruire chaque microbe, et si les microbes ne sont pas détruits, c'est que la phagocytose n'est pas l'élément capital dans la protection de l'organisme contre l'infection. C'est donc avant tout le renforcement du pouvoir antibactérien du sérum qu'il faut viser par la vaccinothérapie, et ce sont les variations de ce pouvoir qu'il faut suivre au cours d'un traitement vaccinothérapique.

R. Rivoire.

Sir A. Wright. ***Sur la vaccinothérapie et l'immunisation « in vitro » (fin); immunité spécifique et non spécifique*** (*The Lancet*, t. CCXXI, n° 5633, 15 Août 1931). — La conséquence des notions exposées dans les articles précédents est la suivante : en pratique, il faut réserver les doses massives de vaccin à la vaccination préventive, car dans ce cas, la phase d'antiimmunité, d'ailleurs très courte, n'a pas une grosse importance (sauf en cas d'épidémie). Au contraire, il ne faudra employer que des doses faibles en cas de vaccination curative; et ces doses doivent être d'autant plus faibles que l'infection est plus grave, car la phase d'immunité négative survient d'autant plus facilement que l'infection est plus intense. En pratique, il faut bien savoir que les doses faibles sont toujours préférables aux doses massives, dont l'action peut être désastreuse.

L'action immunisante des vaccins est-elle spécifique ? Les expériences *in vitro* disent non. On observe même souvent une réponse plus intense avec un vaccin hétérogène. Mais cela ne veut pas dire que n'importe quel vaccin peut immuniser contre n'importe quelle maladie; en fait, la plupart des vaccins sont seulement polyspécifiques, et ce n'est qu'à l'aide de l'expérimentation *in vitro* que l'on peut se guider dans chaque cas particulier.

R. Rivoire.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL

Walter Mercer. ***Maladie d'Hirschsprung; un cas traité par ganglionectomie et ramisectomie lombaire*** (*Edinburgh Medical Journal*, n. s., t. XXXVIII, n° 7, Juin 1931). — Chez un enfant de 9 ans, constipé dès la naissance, seul malade d'une famille de 8 enfants et présentant un mégacôlon typique cliniquement et radiologiquement, on pratiqua une ganglionectomie lombaire et une ramisectomie. La chaîne sympathique fut disséquée, les 2e, 3e et 4e ganglions lombaires et toute la chaîne sympathique furent complètement enlevés, tous les rami communicantes avec les nerfs spinaux, le plexus hypogastrique et le plexus aortique furent sectionnés. On put constater à l'opération que la dilatation du gros intestin était surtout marquée au niveau du milieu de l'anse sigmoïde et allait en décroissant au-dessus et en dessous ; elle ne s'étendait pas au delà de la partie gauche du côlon transverse. Les suites opératoires furent parfaites. Un lavage d'eau savonneuse fut administré chaque jour, du troisième au dixième jour; ensuite, les fonctions intestinales furent sollicitées par de l'huile de paraffine et du cascara jusqu'à ce que les selles devinssent fréquentes et régulières : à la sortie de l'hôpital, elles étaient quotidiennes.

Cinq mois après, l'enfant était transformé, plus gai, plus actif, le périmètre de son abdomen avait diminué de 17 cm., son teint était frais et même, au point de vue psychique, il était, au dire de sa mère, amélioré. L'appétit est bon, les selles continuent à être quotidiennes, normales et bien mou-


DIGITALINE
PETIT-MIALHE
CRISTALLISÉE



lées, le ventre est encore volumineux, mais n'a plus le tympanisme observé avant l'opération, l'examen radiologique montre qu'il persiste encore un degré considérable de dilatation du côlon.

Dans la discussion qui a suivi la communication de cette intéressante observation à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, le prof. J. Fraser s'est félicité de cette nouvelle intervention chirurgicale, car les divers traitements essayés jusqu'alors sont souvent décevants. Il réussit cependant à maintenir en bonne santé un jeune garçon simplement par un traitement médical. Wade a vu 2 cas opérés par Robertson à Toronto qui atteignit le sympathique lombaire par voie extra-péritonéale. Il insiste sur l'avenir réservé à la chirurgie du sympathique.

Robert Clément.

L. Thatcher. ***Hypervitaminose D avec exposé d'un cas mortel chez un enfant*** (*Edinburgh Medical Journal*, n. s., t. XXXVIII, n° 8, Août 1931). — T. rapporte l'observation d'un enfant de 18 mois, normal à la naissance, difficile à alimenter; après avoir grossi les cinq premiers mois, sa courbe de poids resta stationnaire et il présenta des troubles digestifs de façon persistante. A 9 mois, son alimentation ne comprenait encore qu'une quantité tout à fait insuffisante de lait de vache dilué. A 13 mois, il eut une faible attaque de diarrhée et, durant sa convalescence, on lui donna de l'ergostérol irradié sans arrêt jusqu'à 18 mois, c'est-à-dire durant cinq mois. A l'admission, à 18 mois, il pesait 7 kilogr. 020, il mesurait 72 cm., il était pâle et maigre, sa fontanelle antérieure était ouverte, il n'avait pas de signe de rachitisme, mais il était incapable de marcher sans aide. L'urine contenait de l'albumine et une petite quantité de cellules de pus, des colibacilles et sur un échantillon non centrifugé un cylindre granuleux. La température était élevée, le malade apathique présentait de l'hyperpnée, l'urée sanguine était de 0,90. Le diagnostic porté fut celui de pyélonéphrite, l'état s'aggrava et l'enfant mourut douze jours après.

A l'autopsie, les 2 reins étaient gros, fermes, de couleur jaune pâle. Les dépôts de calcium étaient visibles à l'œil nu dans la couche médullaire, spécialement à la base des pyramides. Les bassinets et uretères et vessie étaient normaux et ne contenaient aucun calcul. Histologiquement, les dépôts de calcium siégeaient dans la médullaire surtout près de la zone limite, l'écorce n'était pas touchée. La plupart des dépôts calcaires étaient dans la lumière des tubuli ; il n'en existait pas dans le tissu interstitiel. Autour, l'épithélium des tubes était intact et non calcifié. Aucun dépôt calcaire ne fut trouvé dans les autres organes; myocarde, aorte et artères étaient macroscopiquement et microscopiquement normaux.

T. pense que les troubles rénaux ressemblent à ceux décrits dans l'hypervitaminose expérimentale. La prolifération du tissu fibreux autour de quelques dépôts calcaires indique que ceux-ci existaient depuis un certain temps; l'infection pyogène démontrée par la présence de pus dans certains tubuli dilatés est regardée comme secondaire et explique la pyurie observée durant la vie.

De Mai à Septembre, l'enfant avait reçu 4 cuillerées à café d'une émulsion d'ergostérol irradié, dose double de la dose curative recommandée. Il n'y avait aucun signe de rachitisme et l'enfant vivait dans une ville au bord de la mer, dehors une grande partie de la journée.

Il faut éviter les doses excessives d'ergostérol irradié chez les enfants non rachitiques, particulièrement l'été, surtout chez les enfants faibles et les prématurés. La possibilité d'une idiosyncrasie constitue parfois un véritable danger.

Robert Clément.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA (Madrid)

F. P. Dueno. ***Contribution à l'étude du noyau fibro-cartilagineux intervertébral*** (*Los Progresos de la Clinica*, t. XXXIX, n° 7, Juillet 1931). — Le disque intervertébral comprend deux parties, un anneau fibreux périphérique et un noyau « pulpeux » formant une sorte de masse gélatineuse renfermant parfois des débris de la notochorde. L'importance de cette formation a été bien mise en valeur par Schmorl, Calvé et Galland, Alajouanine et Petit-Dutaillis.

Les lésions de ce noyau pulpeux peuvent donner lieu à différents syndromes cliniques, en particulier à des syndromes pseudo-pottiques. Seule la radio permettra de poser le diagnostic. Les syndromes radiculaires ne sont point rares, les auteurs en apportent une observation curieuse avec fibrose du noyau pulpeux. Dans certaines infections atteignant les vertèbres ou plutôt les corps vertébraux, ce noyau sclérosé pénètre dans les corps vertébraux qu'il excave, donnant une silhouette de vertèbre de poisson. Enfin les auteurs insistent sur les « chordomes » vertébraux, dans ces expansions du noyau pulpeux à évolution postérieure, ces hernies de ce noyau qui déterminent des syndromes de compression médullaire dans lesquels l'intervention chirurgicale peut se montrer toute-puissante.

M. Nathan.

ARCHIVOS LATINO-AMERICANOS DE CARDIOLOGIA Y HEMATOLOGIA (Mexico)

J.-J. Izquerdo. ***Démonstration expérimentale de l'action compensatrice des nerfs aortiques et du sinus carotidien sur les poussées de pression sanguine*** (*Archivos Latino-Americanos de Cardiologia y Hematologia*, t. I, n° 4, Mai-Juin 1931). — La technique de ces expériences si originales a été la suivante: On provoque des excitations du splanchnique d'abord à l'état normal; on les renouvelle après avoir progressivement supprimé les nerfs aortiques et sinusiens. La comparaison des tracés obtenus donne des résultats tout à fait nets.

La correction de la pression splanchnique (hypertenseur) par les nerfs aortiques et sinusiens ne fait aucun doute. Il semble que dans cette action, la prépondérance appartienne aux nerfs sinusiens. La conservation d'un seul des nerfs sinusiens après ablation des nerfs aortiques suffit à assurer cette fonction.

I. a voulu apprécier dans cette action le rôle des surrénales; or, suivant les animaux, les résultats ont été différents. Tandis que la suppression fonctionnelle de ces glandes s'est montrée sans action chez le chien et le lapin, elle a inhibé complètement la compensation chez le chat. Assurément, ces symptômes compensateurs résultent d'une excitation des zones vaso-sensibles de l'aorte. La courbe de l'action hypertensive des excitations du splanchnique représente la résultante de deux phénomènes antagonistes, à savoir: vaso-constriction directe (vaso-constriction viscérale) et vaso-dilatation indirecte par réflexes aortiques et sinusiens.

M. Nathan.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

E. L. Keyes et **A. Mac Lillan.** ***Nouvelles expériences avec la nupercaïne*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCVI, n° 25, 20 Juin 1931). — La nupercaïne est un nouvel anesthésique synthétique, dont l'étude clinique est à peine commencée. Sa caractéristique essentielle est de procurer une anesthésie beaucoup plus intense et prolongée que la cocaïne et ses autres dérivés; mais cet avantage est compensé par une toxicité beaucoup plus grande.

Comparativement à celle de la procaïne, la toxicité de la nupercaïne chez l'homme est comme un à vingt. Aussi des accidents graves et même mortels ont été observés lorsque des doses trop fortes ont été employées, et cela particulièrement en cas d'anesthésie rachidienne.

Cependant, entre les mains des auteurs, la nupercaïne n'a donné aucun accident, qu'elle ait été utilisée pour une anesthésie de surface, une anesthésie locale, régionale ou caudale. Par contre, deux cas de mort ont été observés au cours d'anesthésie rachidienne.

La nupercaïne semble être un anesthésique local ou régional remarquable, mais sa haute toxicité le rend dangereux en anesthésie rachidienne.

R. Rivoire.

C. B. Schutz. ***L'étiologie des ulcères gastriques et duodénaux : lésions locales des vaisseaux sanguins à l'examen post-mortem*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. XCVI, n° 26, 27 Juin 1931). — L'étiologie des ulcus gastro-duodénaux est toujours mystérieuse. Aussi est-il fort intéressant de lire les résultats de l'examen anatomique extrêmement minutieux que l'auteur a fait de trente spécimens d'ulcère prélevés immédiatement après la mort. Dans tous les cas d'ulcères examinés microscopiquement, S. a pu mettre en évidence des lésions vasculaires. Dans les ulcères aigus, il existait toujours une thrombose articulaire récente au voisinage de l'ulcère, alors que l'examen minutieux de tout le reste de l'estomac ne permettait pas de trouver de lésions analogues. Dans les ulcères chroniques, il existait deux types de lésions vasculaires :

1° Des lésions récentes, très disséminées, concentriques à l'ulcus, qui étaient sans doute des thromboses secondaires (elles commandent, sans doute, les progrès de l'ulcère et de la périgastrite);

2° Une lésion ancienne, cicatricielle, qui peut être considérée sans doute comme la lésion causale de l'ulcère.

L'ulcère gastro-duodénal serait donc lié à une obstruction artérielle, déterminant une zone de moindre résistance sur la muqueuse: la conséquence étant une autodigestion du territoire lésé.

Pour vérifier cette hypothèse, S. a recherché systématiquement à l'autopsie des malades porteurs d'ulcère l'existence d'affection cardio-vasculaire pouvant déterminer une embolie ou une thrombose. Dans 70 pour 100 des cas, il put déceler l'existence d'une endocardite cicatricielle, d'artério-sclérose, d'artérite syphilitique, ou la présence d'embolies anciennes dans d'autres organes (foie, rein, rate).

Cette étude anatomo-pathologique, fort intéressante, gagnerait évidemment à être reprise par d'autres chercheurs.

R. Rivoire.

O. Levin et **S. Silvers.** ***La carotinémie due à un régime de restriction*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. XCVI, n° 26, 27 Juin 1931). — La carotinémie est due à l'ingestion excessive de légumes contenant en abondance du carotène: c'est une affection qui est à l'heure actuelle bien connue. L'auteur, à l'occasion de 2 cas personnels, fait une revue de la question. L'ingestion de quantité massive de carotène ne suffit pas à déterminer la carotinémie de façon constante: il faut sans doute que s'y ajoute un trouble métabolique; c'est pourquoi cette affection s'observe si fréquemment chez les diabétiques. Cependant on peut voir la carotinémie chez des individus en apparence indemnes de toute maladie: les 2 cas


LABORATOIRES du Docteur TISSOT
34 Boulevard de Clichy PARIS-18e
USINE à St-Rémy-lès-Chevreuse (S.-et-O.)
Reg. du Com. 109,672
RÉALISENT
le Véritable Traitement de l'irritation et de l'infection intestinales
L'activation d'un Charbon médicinal tient autant à sa forme qu'à sa pureté. (La Dépêche Médicale)
AGISSENT
par leur forme — par leur volume (division du bo digestif et fécal) — par leur arome (anis) — par leur agglomération (gluten mucogène).
Suppriment les Causes de la Constipation


GRAINS ANISÉS
CHARBON TISSOT
FORME PARFAITE DU CHARBON DE PEUPLIER
Activés - Agglomérés au gluten - Aromatisés à l'anis

de l'auteur ont été observés chez deux femmes saines à l'occasion d'une cure d'amaigrissement.

L'auteur termine par un exposé de l'état actuel du problème si controversé : les rapports entre le carotène et la vitamine A. Il n'y a certainement pas identité entre les deux substances, car le carotène ne donne pas la raie spectroscopique caractéristique de la vitamine A. Il s'agit sans doute d'une « provitamine », qui se transforme en vitamine dans l'organisme. R. Rivoire.

W. C. Alvarez. ***Les médecins diagnostiquent-ils précocement le cancer de l'estomac sur eux-mêmes ? Etude de l'histoire de 41 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCVII, n° 2, 11 Juillet 1931). — Pour montrer à quel point le diagnostic précoce du cancer de l'estomac est difficile, l'auteur a étudié l'histoire de 41 médecins atteints de cancer de l'estomac ; ceux-ci devraient théoriquement être plus aptes que n'importe qui à faire sur eux-mêmes un diagnostic précoce. Pourtant plus de la moitié sont allés consulter à la Clinique Mayo alors qu'ils étaient déjà inopérables ! Si dans certains cas des symptômes alarmants étaient déjà apparus depuis longtemps, bien souvent rien n'avait attiré leur attention : soit que le cancer se fût développé sans déterminer aucun trouble, soit que ces troubles fussent si légers qu'ils ne les avaient en rien inquiétés. Dans certains cas, un diagnostic clinique et radiologique d'ulcère avait été fait, alors qu'il s'agissait d'un cancer ulcéré : c'est pourquoi la clinique Mayo opère systématiquement tout malade où le diagnostic d'ulcère a été fait, à condition qu'il ait plus de 40 ans. R. Rivoire.

C. Chapman, A. Snell, L. Rowntree. ***La cirrhose portale décompensée : report de cent douze cas; aspect clinique du stade ascitique de la cirrhose du foie*** (*The Journal of the American medical Association*, vol. XCVII, n° 4, 25 Juillet 1931). — 112 malades atteints de cirrhose du foie ont été traités depuis 1925 à la Clinique Mayo suivant la technique de Rowntree et ses collaborateurs : régime spécial, chlorure d'ammonium à doses massives, injections de diurétiques mercuriels tous les trois ou quatre jours. Sous l'influence de cette thérapeutique, la durée moyenne de la vie des cirrhotiques a été de dix-huit mois, ce qui est très supérieur à toutes les statistiques publiées antérieurement. Plusieurs malades ont vécu beaucoup plus longtemps, deux à sept ans, et particulièrement les malades syphilitiques.

C., S. et R. discutent en terminant les différentes interventions chirurgicales tentées comme palliatifs : ces interventions ont pour but de diminuer l'hypertension porte, en liant la veine mésentérique inférieure ou par splénectomie. Toutes ont donné des résultats intéressants, de même que l'omentopexie, à condition d'être tentées précocement. Les hémorragies œsophagiennes peuvent être empêchées, soit par ligature de la veine coronaire gauche, soit par injection de substances sclérosantes.

Enfin, la fistule d'Eck ou l'opération de Bogoraz (abouchement de la veine mésentérique supérieure dans la veine cave) ont donné quelques résultats intéressants et doivent être prises en considération. R. Rivoire.

C. Lafleur Birch. ***Hémophilie et folliculine : communication préliminaire*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCVII, n° 4, 25 Juillet 1931). — L. B. a traité deux sujets atteints d'hémophilie par injection d'extraits ovariens ou par greffe d'ovaire avec d'excellents résultats, en partant de l'idée que l'hormone sexuelle féminine empêchait peut-être l'apparition de l'hémophilie chez la femme. Il a ensuite complété son travail en recherchant la folliculine dans les urines de 7 hommes atteints d'hémophilie. En aucun cas la folliculine n'a pu être décelée dans leurs urines, malgré l'emploi d'une méthode précise qui a donné des résultats positifs chez tous les témoins. Il y a peut-être dans ce travail un chapitre nouveau de l'endocrinologie, mais de nouvelles recherches sont indispensables avant d'accepter ces résultats évidemment un peu étonnants. R. Rivoire.

H. A. Christian. ***Le mécanisme de l'œdème, ses relations avec la classification clinique des néphrites*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCVII, n° 5, 1er Août 1931). — C. passe en revue les notions actuellement connues concernant le mécanisme de l'œdème. Puis il se base sur ces faits pour proposer une classification nouvelle des néphrites, dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle complique encore sans nécessité une classification déjà fort touffue. Il ne semble pas qu'il s'agisse là d'un travail bien intéressant. R. Rivoire.

Lucy P. Sutton. ***Le traitement de la chorée par l'hyperthermie provoquée : communication préliminaire*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCVII, n° 5, 1er Août 1931). — En 1929, un enfant de 11 ans atteint de chorée fit à la suite de l'administration de phénobarbital une éruption scarlatiniforme avec fièvre, et guérit rapidement. Comme la même drogue avait auparavant été utilisée dans la chorée sans modifier en rien l'évolution de la maladie, S. en conclut que l'action thérapeutique était peut-être liée, non au médicament lui-même, mais à la réaction cutanée et générale déterminée dans ce cas particulier par la drogue. D'autant plus que le phényl-éthyl-hydantoïn, dont l'action est bien connue dans la chorée, et dont la formule chimique est voisine de celle du phénobarbital, n'a lui-même une action thérapeutique que lorsqu'il détermine l'apparition d'une réaction cutanée et de fièvre. Il est donc probable que l'action des médicaments anti-choréiques n'est pas spécifique, et qu'il s'agit d'une désensibilisation ou d'une pyrétothérapie.

Pour vérifier cette hypothèse, S. a traité 24 enfants atteints de chorée par des injections intraveineuses journalières de petites doses de T. A. B. Les résultats ont été excellents, la durée moyenne de la maladie après le début du traitement n'ayant été que de huit jours. Il semble que ce traitement présente de gros avantages sur le phényl-éthyl-hydantoïn : il ne présente aucun danger, son action est plus rapide et plus constante. R. Rivoire.

A. Hess et ses collaborateurs. ***Pouvoir antirachitique du lait de vaches nourries avec des levures irradiées ou de l'ergostérol*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCVII, n° 6, 8 Août 1931). — Le lait de vache peut être rendu puissamment antirachitique par l'addition à la nourriture des bestiaux d'ergostérol ou de levure irradiée. Ce lait fut donné à un grand nombre d'enfants pendant l'hiver, et empêcha l'apparition du rachitisme radiologique. D'autres enfants présentant des signes de rachitisme furent recalcifiés en moins d'un mois.

La levure irradiée détermine la sécrétion d'un lait plus efficace que l'ergostérol, et d'autre part, son prix de revient est beaucoup plus faible : elle doit donc lui être préférée.

Cette nouvelle méthode d'administration des vitamines a l'avantage d'être automatique : la substance antirachitique est, en effet, incorporée à la nourriture de l'enfant, ce qui évite la collaboration souvent irrégulière de la mère. D'autre part, le prix de revient du lait est peu augmenté, ce qui permet une utilisation plus générale que celle des vitamines en solutions huileuses vendues dans le commerce. Il est certain que cette technique se généralisera rapidement. R. Rivoire.

S. Ayres et **N. Anderson.** ***Dermatite médicamenteuse due à l'éphédrine*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCVII, n° 7, 15 Août 1931). — A. et A. signalent deux cas d'éruption cutanée liée à l'usage de pulvérisations nasales à base d'éphédrine. Dans les deux cas, il s'agissait d'une éruption scarlatiniforme s'accompagnant par endroits d'œdème et de bulles. La cuti-réaction à l'éphédrine s'est montrée nettement positive; et l'ingestion d'une petite dose d'éphédrine, quelques jours plus tard, a déterminé la reviviscence de cette réaction. Par contre, les tentatives de transfert de sensibilisation par l'épreuve de Prausnitz-Kustner se sont montrées négatives (ce qui est d'ailleurs constant en cas de sensibilisation par les cristalloïdes). La connaissance de la possibilité des réactions cutanées au cours d'un traitement à l'éphédrine est utile, aujourd'hui que ce médicament entre de plus en plus dans la pratique journalière. R. Rivoire.

O. Barbour. ***L'obstruction pylorique congénitale; observations récentes*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCVII, n° 7, 15 Août 1931). — B. publie quelques observations de sténose pylorique de l'enfance, et à cette occasion passe en revue les travaux récents sur la question. Il insiste sur l'importance du « test radiothérapique », pour le diagnostic d'intervention : tout enfant qui n'est pas amélioré par la radiothérapie de la région pylorique doit être opéré immédiatement. La pathogénie de cette affection est toujours imprécise : peut-être est-elle due à une involution anormale des capsules surrénales dans les premières semaines de la vie, et au déséquilibre vago-sympathique qui en résulte. R. Rivoire.

V. P. Joslin. ***Valeur du traitement actuel du diabète*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCVII, n° 9, 29 Août 1931). — Selon J., le traitement actuel du diabète est meilleur qu'on ne le croit souvent : aussi le médecin doit-il éviter de s'éloigner des méthodes courantes. La mortalité des diabétiques a baissé considérablement depuis la découverte de l'insuline, à tel point qu'on peut, à l'heure actuelle, considérer le diabète comme une affection bénigne, au moins chez l'adulte.

J. expose, dans cette causerie un peu mêlée, les réflexions que lui a suggéré sa longue expérience du diabète. Toutes sont du plus grand intérêt pour le médecin, même pour le spécialiste. En particulier, la formule imprimée que tous les diabétiques ont l'ordre de porter constamment sur eux en cas d'accident est un modèle de clarté et de précision. Il faut lire également ses conseils aux diabétiques, « qui doivent être les citoyens les plus propres de la cité » : et son chapitre sur la thérapeutique du coma diabétique, plein de détails pratiques peu connus, dont la lecture permettrait à beaucoup de médecins de sauver davantage de malades comateux. En résumé, un article remarquable, bourré d'idées et de conseils, qu'il est matériellement impossible de résumer. R. Rivoire.

R. Murrey et **W. Plummer.** ***Le traitement du goitre compliquant la grossesse*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCVII, n° 9, 29 Août 1931). — D'une étude faite à la clinique Mayo, M. et P. tirent les conclusions suivantes :

Le goitre colloïde ou le goitre adénomateux sans hyperthyroïdisme n'affectent la grossesse que lorsqu'ils s'accompagnent d'hypothyroïdisme intense, pouvant alors aboutir à l'avortement, ou à la naissance d'un crétin. Dans l'ensemble, un traitement iodé est presque toujours suffisant au cours de la grossesse.

Le goitre exophtalmique non traité aboutit très fréquemment à l'avortement. Traité par l'iode, il

s'améliore assez souvent rapidement et permet à la grossesse de venir à son terme. Si le traitement iodé ne suffit pas à amener une sédation rapide et nette des symptômes, il ne faut pas hésiter à recourir à la thyroïdectomie partielle, dont les résultats sont excellents, et qui permet à toutes les malades une grossesse et un accouchement normaux.

Dans les cas de goitre basedowifiés, le traitement iodé est presque toujours insuffisant, et l'intervention chirurgicale s'impose dans la majorité des cas. R. Rivoire.

J. E. Connery. ***Les doses massives d'extrait de foie dans l'anémie pernicieuse*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCVII, n° 9, 29 Août 1931). — L'extrait hépatique a une action antianémique qui dépend uniquement de la dose totale utilisée, quel que soit le fractionnement de cette dose. C'est pourquoi il peut être intéressant de remplacer l'administration quotidienne d'une petite dose d'extrait (la technique courante) par l'administration d'une seule dose massive du médicament; et cela surtout dans les cas où le malade répugne à absorber journellement la préparation. C. a utilisé cette technique dans 6 cas d'anémie pernicieuse grave: 30 à 50 ampoules d'extrait hépatique étaient administrées en une seule fois à l'aide d'un tube d'Einhorn. Les résultats ont été comparables à ceux observés au cours d'un traitement quotidien; la crise réticulocytaire a même été plus précoce. Dans 2 cas, l'ascension du chiffre des hématies n'a pas été très importante, mais il existait une suppuration auriculaire qui fut découverte ultérieurement et empêchait sans doute le retour à la normale des globules rouges. R. Rivoire.

NEW-YORK STATE JOURNAL OF MEDICINE

Donald L. Butterfield (Rochester N.-Y.). ***Types et siège des tumeurs cérébrales et autres masses volumineuses survenant dans la cavité cranienne sans œdème de la papille*** (*New-York State Journal of Medicine*, t. XXXI, n° 16, 15 Août 1931). — 17 observations de tumeurs cérébrales et d'autres formations volumineuses, de siège et de dimensions variables, sont rapportées pour mettre en évidence le fait qu'elles peuvent se développer à l'intérieur du crâne sans provoquer d'engorgement des papilles optiques. Cette absence d'œdème de la papille n'autorise pas à admettre qu'il n'existe pas, dans beaucoup de ces cas, une augmentation de la pression intra-cranienne, comme le prouve la recherche de la pression du liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire.

L'absence d'engorgement de la papille à l'examen du fond d'œil ne doit pas détourner le clinicien d'un diagnostic de masse intra-cranienne si les autres signes le suggèrent, pas plus qu'il doit faire nier l'existence d'une augmentation de la pression intra-cérébrale.

Les observations dans lesquelles l'examen du fond d'œil a été tout à fait normal se rapportent à deux tumeurs épendymaires du 4e ventricule, à un gliome protubérantiel, à un hémangiome de la protubérance s'étendant dans le 4e ventricule, à une métastase cérébelleuse d'un carcinome du poumon, à un gliome temporo-occipital, à un astrocytome fibrillaire sous-cortical, à deux gliomes temporaux, à un méningiome du ventricule latéral droit, à un kyste de la région pariéto-occipitale, à un papillome choroïdien, à un méningiome ponto-cérébelleux et à une pachyméningite hémorragique.

D'après les recherches dans la littérature, on peut croire qu'au moins 15 pour 100 des néoplasmes intra-craniens ne s'accompagnent pas d'engorgement des papilles optiques. Robert Clément.

H. C. Solomon et **S. H. Epstein** (Boston). ***La tryparsamide dans le traitement de la syphilis nerveuse*** (*New-York State Journal of Medicine*, t. XXXI, n° 16, 15 Août 1931). — S. et E. apportent le résultat de leur étude comparative de la tryparsamide avec l'arsphénamine et la pyrétothérapie dans la syphilis précoce ou tardive du système nerveux central.

Les cas de neuro-syphilis précoce, à forme méningée, répondent très bien, pratiquement sans exception, à la tryparsamide. Presque toujours, l'amélioration clinique est notée au cours de la troisième ou quatrième semaine; la guérison sérologique ne se fait qu'après quelques mois, mais est constante.

Ces résultats semblent particuliers au système nerveux et non à l'infection générale et, à ce point de vue, il y a une différence entre tryparsamide et arsphénamine. Le traitement par l'arsphénamine n'empêchant pas l'apparition secondaire de syphilis nerveuse. S. et E. rapportent l'histoire d'un homme qui, traité par l'arsphénamine, le bismuth et le mercure, guérit cliniquement et sérologiquement, mais présenta un an plus tard des signes de syphilis méningée qui se développèrent durant le traitement classique. Des injections hebdomadaires de tryparsamide seules firent disparaître la réaction méningée, mais un an après survinrent des accidents cutanés qui disparurent sous l'influence de l'arsphénamine. La tryparsamide serait plus efficace sur les lésions nerveuses, l'arsphénamine sur les autres manifestations.

Dans la neuro-syphilis tardive, la tryparsamide est également efficace, mais d'une façon inconstante. Dans beaucoup de cas, le liquide céphalo-rachidien devient normal après quelques injections de tryparsamide, mais c'est loin d'être la règle; dans de nombreux cas, plusieurs mois de traitement sont nécessaires pour obtenir la guérison sérologique. Dans un cas de neuro-syphilis méningo-vasculaire, ce n'est qu'après six ans de traitement presque constant qu'un résultat fut obtenu. S. et E. pensent que la guérison sérologique complète permet de supposer qu'il existe un arrêt de l'évolution et si l'amélioration clinique ne survient pas, c'est du fait de lésions fixées.

La tryparsamide réussit à faire disparaître la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang, dans certains cas où elle s'était montrée résistante à l'arsphénamine.

Avec la tryparsamide, on obtient, dans la paralysie générale, des résultats à peu près semblables à ceux de la pyrétothérapie. On peut s'attendre à avoir un effet favorable dans environ 30 à 35 pour 100 des cas. Une combinaison des 2 méthodes donne des résultats encore plus satisfaisants. L'expérience de six ans a montré à S. et E. qu'il n'y a aucun inconvénient à faire suivre la malariathérapie d'un traitement par la tryparsamide. Les effets sur le tabes sont plus difficiles à évaluer, mais les résultats semblent bons. Dans les cas récents, ils sont frappants; dans les formes dégénératives, ils sont douteux.

Après plusieurs mois ou années de traitement, ils ont observé quelques cas d'intolérance. Robert Clément.

THE JOURNAL of the MISSOURI STATE MEDICAL ASSOCIATION (Saint-Louis)

A. C. Henske et **C. W. Ehlers** (Saint-Louis). ***Pneumothorax sélectif; revue de la littérature et étude de 89 cas*** (*The Journal of the Missouri State Medical Association*, t. XXVIII, n° 8, Août 1931). — En étudiant les petits pneumothorax naturels, Barlow et ses collaborateurs avaient observé que la région malade seule était comprimée autant que le permettait l'expansion élastique de la partie saine du poumon. Ils créèrent le terme de collapsus sélectif et en réalisant le pneumothorax artificiel ils constatèrent que la même loi physique jouait et que l'air comprimait d'une façon élective les aires malades, la portion saine du poumon se dilatant au maximum sous l'influence de l'inspiration. Ce phénomène s'expliquerait par la perte d'élasticité du poumon malade avec une tendance naturelle au collapsus.

Le pneumothorax complet est actuellement le plus communément employé; lorsqu'il reste localisé, c'est du fait d'adhérences.

Pour réaliser un pneumothorax sélectif, il faut éviter les pressions positives. Guidé par le manomètre et le fluoroscope, on se tient toujours entre 0 et moins 1. Le temps nécessaire pour réussir un collapsus sélectif varie suivant les cas. Chez les sujets traités précocement et qui n'ont pas d'adhérences, il ne faut pas plus de quelques semaines pour savoir si un collapsus sélectif est réalisable. H. et E. commencent par 200 et 500 cmc à la première insufflation; la seconde, deux ou trois jours plus tard, est à peu près de la même valeur. La troisième de 500 cmc environ est faite trois jours plus tard. Ensuite on réinjecte chaque semaine 3 à 600 cmc en ayant soin de laisser une pression négative après chaque insufflation. Les indications de cette méthode sont nombreuses, le type idéal est une tuberculose de début, unilatérale, unilobaire, sans adhérence, mais on peut la réaliser presque dans tous les cas où le pneumothorax complet est indiqué sauf quand le poumon est infiltré du haut en bas.

Les avantages sont de ne collaber que le tissu malade, de n'imposer aucun travail supplémentaire au poumon opposé, de troubler moins la circulation pulmonaire, de déplacer moins le cœur et les autres organes, de ne pas rompre les adhérences, de ne pas provoquer dans le poumon de grands changements avant et après le traitement, de permettre à la fin de la thérapeutique une réadaptation plus facile des organes intrathoraciques, d'éviter toute déformation du thorax ou intrathoracique. L'hydrothorax est une complication rarement observée. L'atteinte du poumon opposé n'est pas une contre-indication.

Dans une série de 20 cas de pneumothorax sélectif, l'amélioration survenue est plus rapide et s'accompagne de moins de malaises que le pneumothorax complet ou incomplet. Le pneumothorax sélectif a pu être réalisé dans 27 pour 100 des cas, alors que le pneumothorax complet ou incomplet n'a pu l'être que dans 21,6 pour 100 des cas. Robert Clément.

Howard H. Bell (Saint-Louis). ***Recherches sur la tuberculose des enfants à l'école; importance pour l'enfant, les parents et la communauté*** (*The Journal of the Missouri State Medical Association*, t. XXVIII, n° 9, Septembre 1931). — Ce n'est que ces dernières années que l'on s'est rendu compte combien étaient nombreuses les lésions tuberculeuses pulmonaires déjà graves chez les enfants ne paraissant pas malades, souvent d'aspect floride, en tout cas ne présentant pas les signes qui accompagnent habituellement la tuberculose pulmonaire. Ce sont les épreuves à la tuberculine et la radiographie qui ont permis de déceler la fréquence de ces lésions tuberculeuses latentes.

L'intradermoréaction de Mantoux, d'abord avec 0,01 milligr. de tuberculine, puis, si la réaction est négative, avec 0,1 milligr. de tuberculine et enfin avec 1 milligr. est la meilleure façon de déceler l'imprégnation tuberculeuse. Il vaut mieux ne pas dépasser cette dose, l'absence de réaction à 1 milligr. de tuberculine permet de présumer qu'il n'existe pas de tuberculose active. Chez les enfants atteints d'adénites cervicales, on peut même commencer par 0,001 milligr. L'épreuve doit être lue quarante-huit heures après. B. classe l'intensité de la réaction de 1 à 4.

La connaissance des antécédents, les symptômes fonctionnels et physiques, les épreuves tuberculiniques, la radiographie, la recherche des bacilles au niveau du pharynx, dans le contenu gastrique ou dans les matières, permettent en général de faire le diagnostic de la tuberculose et d'éliminer les affections qui la simulent.

La recherche systématique de la tuberculose à l'école faite à Boston, à New-York, à Détroit, à Minéapolis et Philadelphie s'est révélée instructive à plusieurs points de vue. Elle a permis de déceler des cas de tuberculose active tout à fait latents chez l'enfant; grâce à elle, on a pu mettre en évidence aussi la tuberculose d'autres membres de la famille en cherchant le point de contamination. Les cas suspects relèvent de l'école de plein air ou du préventorium ou de ses équivalents; lorsque la tuberculose est manifeste, le sanatorium est nécessaire. Un service social entraîné d'infirmières visiteuses est indispensable pour le dépistage, les enquêtes et pour suivre les petits malades.

ROBERT CLÉMENT.

LA MEDICINA ARGENTINA
(Buenos Aires)

S. A. Navarro. *Le traitement de la fièvre de Malte* (*La Medicina Argentina*, t. X, n° 109, Juin 1931). — Dans un remarquable rapport présenté à la Société Médicale de Barcelone, l'auteur montre combien il est difficile de se faire une opinion précise sur la valeur des médications employées contre la fièvre de Malte. Tout d'abord, il faut compter avec les guérisons spontanées auxquelles l'auteur n'est pas éloigné d'attribuer certains résultats particulièrement rapides et brillants. Ce n'est pas qu'il soit un adversaire de la sérothérapie, mais malgré tout ses résultats sont assez inconstants et dans l'application de cette thérapeutique, il convient d'être très prudent, de ne pas exagérer les doses.

En présence des formes graves, le meilleur traitement consiste dans l'association des vaccins et du néo-arsénobenzol, celui-ci ne doit pas être donné à plus de 0,30 par jour. Les vaccins, pour être efficaces, doivent être employés par voie parentérale et sous forme de polyvaccins, en usant non seulement de différentes souches de Melitensis, mais associant au Melitensis d'autres microbes, tels que le paratyphique B ou autre salmonellose. Telles sont les principales directives du traitement actuel de la mélitococcie; l'auteur insiste encore sur leur caractère précaire et provisoire.

M. NATHAN.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos Aires)

A. Ceballos et **H. Taubenschlag. *La splénectomie dans le purpura hémorragique thrombocytopénique*** (*La Prensa Medica Argentina*, t. XVIII, n° 2, 20 Juin 1931). — Dans cet intéressant travail les auteurs résument les résultats de leur expérience. Pour eux, ce type de purpura ressort de l'intervention chirurgicale. Hématologiquement parlant, ce type de purpura est caractérisé par la diminution du nombre des plaquettes sanguines, par une augmentation considérable du temps de l'hémorragie avec une durée normale du temps de coagulation. Le caillot demeure irrétractile. Les auteurs apportent deux observations inédites dans lesquelles l'intervention a donné de bons résultats. Le retour du nombre des hématoblastes au chiffre normal est un des premiers symptômes observés. L'anémie s'amende beaucoup plus lentement. Naturellement, l'intervention ne doit pas être trop longtemps différée; ce n'est pas, comme l'ont montré les auteurs, une opération à tenter *in extremis*. Il faut de plus bien asseoir son diagnostic et ne pas opérer des hémophiles, surtout des cas dans lesquels l'hémophilie remonte à l'enfance.

M. NATHAN.

C. Pinedo. *Valeur séméiologique des dermographismes* (*La Prensa Medica Argentina*, t. XVIII, n° 3, 30 Juin 1931). — Il ressort de cette importante étude que les dermographismes représentent un phénomène assez banal dont on a peut-être exagéré jusqu'ici la valeur séméiologique.

L'auteur distingue plusieurs espèces de dermographismes :

La réaction pilomotrice qu'il élimine du présent travail.

La réaction vaso-constrictrice.

La réaction vaso-dilatatrice.

La réaction réflexe, réaction rouge ou réaction œdémateuse.

Le dermographisme blanc ou vaso-constricteur, l'auteur l'a rencontré chez 60 pour 100 des sujets, à peu près aussi souvent chez les sympathico que chez les vagotoniques. Le dermographisme vaso-dilatateur ou rouge existe dans 97 pour 100 des cas et, fait intéressant, il n'est pas beaucoup plus fréquent chez les sympathicotoniques que chez les vagotoniques et même que chez les sujets normaux.

Les dermographismes réflexes doivent être recherchés en appuyant suffisamment fort sur la pointe mousse. On peut de la sorte les obtenir chez la plupart des sujets et avec la même fréquence chez les vago- ou sympathicotoniques ou chez les sujets normaux. Enfin, le dermographisme œdémateux est beaucoup plus rare puisque les statistiques de l'auteur ne donnent que 26 pour 100 des sujets. Là encore l'état vago- ou sympathicotonique ne semblent pas jouer un grand rôle.

M. NATHAN.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos Aires)

Defelice. *L'action toxique de l'hydrogène sulfuré et des hydro-carbures dans l'industrie des pétroles et de leurs dérivés* (*La Semana Medica*, t. XVIII, n° 21, 21 Mai 1931). — L'industrie des pétroles est redoutable par les intoxications aiguës et chroniques dont les hydrocarbures et l'hydrogène sulfuré peuvent être considérés comme responsables.

D. s'étend assez peu sur la description de ces accidents qui ont été largement étudiés dans des études antérieures. Il insiste tout spécialement sur les précautions à prendre dans les usines.

Il faut notamment éviter le contact des produits d'évaporation, d'où nécessité de les évacuer par de très hautes cheminées. Toute la manutention devra s'effectuer à l'air libre ou dans des locaux largement aérés.

Le personnel sera muni de masques spéciaux.

On ne laissera entrer aucun ouvrier dans les chambres à pétrole ou au voisinage des alambics avant que ces enceintes n'aient été vidées de leur pétrole et largement aérées.

Tous les secours sur place devront être libéralement distribués, les infirmeries seront pourvues d'ozonateurs.

M. NATHAN.

J.-R. Goyena et **A. Bianchi. *Syphilo-cancer de l'estomac*** (*La Semana Medica*, t. XVIII, n° 29, 16 Juillet 1931). — Les cas de ce genre sont loin d'être fréquents, surtout les cas où l'on peut établir la dualité de la lésion. Or, chez le sujet de quarante ans, qui sert de thème à ce travail, la radiographie montra, à côté d'un diverticule de Haudeck, des images lacunaires. Le traitement à l'insuline donna assez peu de résultats; le traitement spécifique arsenical, en revanche, détermina une amélioration réelle mais éphémère. L'intervention put être pratiquée, ne donnant au malade qu'une survie de quatre jours. Il s'agit d'un carcinome tubulé remarquable par l'abondance du tissu conjonctif et de l'infiltration leucocytaire.

M. NATHAN.

BOLETINOS Y TRABAJOS
de la
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BUENOS AIRES

A. Zono, O. Cames et **J. Ferrer. *Narcose par l'avertine; un cas de mort*** (*Boletinos y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos Aires*, t. XV, n° 14, 22 Juillet 1931). — La technique de l'anesthésie par l'avertine est la suivante. La nuit précédant l'intervention, lavement évacuant; une ou deux heures avant, 1 ou 2 centigr. de morphine. L'avertine est diluée dans de l'eau distillée à 35 à 40°. La concentration employée est de 3 pour 100. La dose à employer est de 0,11 à 0,14 par kilogramme de poids. Elle s'administre en lavement; on peut opérer vingt-cinq à trente minutes après. Parfois on complète l'anesthésie avec quelques bouffées d'éther.

Z., C. et F. apportent une statistique de 57 cas. Ils signalent des alertes, des cas de cyanose chez des obèses sans suites regrettables. Toutefois, ils signalent deux cas de mort. Dans le premier l'anesthésie ne semble point en cause; il faudrait plutôt incriminer une hémorragie. Dans le second, il s'agissait d'une tumeur cérébelleuse et là, la mort semblait nettement due à l'hypotension artérielle liée à l'avertine. On sait que normalement cette substance détermine une hypotension de 2 à 3, ce qui dans le cas particulier représentait un véritable danger.

M. NATHAN.

REVISTA MEDICA LATINO-AMERICANA
(Buenos Aires)

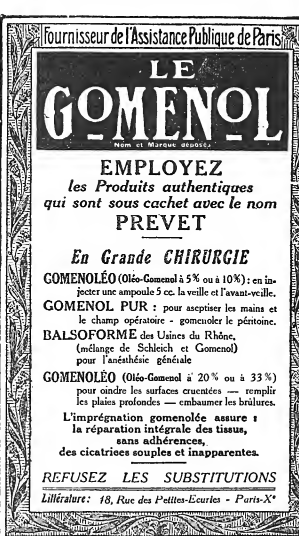
E. Bonilla et **A. Moya. *La valeur séméiologique de la cholestérinémie dans les affections du corps thyroïde*** (*Revista medica Latino-Americana*, t. XVI, n° 188, Mai 1931). — On connaît les divergences d'opinion des auteurs au sujet de la valeur séméiologique de l'hypercholestérinémie dans les états thyroïdiens. B. et M. ont repris la question en s'appuyant sur 20 observations personnelles. Contrairement à Guy Laroche, qui admet un rapport assez étroit entre la cholestérinémie et le métabolisme basal, ils se rallient aux conclusions de Maranon pour qui l'hypercholestérinémie est liée à des circonstances concomitantes, âge du sujet, état de son foie, de ses surrénales, etc.

M. NATHAN.

F. Piccaluga et **M. Yepes. *Considérations sur le phénomène d'Hérelle. I. L'action de la température sur le bactériophage*** (*Revista medica Latino-Americana*, t. XVI, n° 188, Mai 1931). — Cette étude est la première d'une série consacrée au bactériophage. Le bactériophage peut être habitué à supporter des températures très élevées, notamment 99 et 100° durant trente minutes; cette adaptation demande certainement quelques précautions de technique, elle doit être lente et progressive. Les hautes températures par une action prolongée sont susceptibles de supprimer la propriété lytique dont la réactivation peut être obtenue par une série de passages.

Mais cette adaptation a des limites, elle n'est jamais complète en ce sens que le pouvoir lytique, malgré les différents passages, reste inférieur à ce qu'il était auparavant. Cette règle n'est pas cependant générale, car avec un nombre de passages suffisant on peut arriver à restaurer l'activité lytique primitive. Ces expériences montrent qu'il ne faut pas confondre présence et activité lytique du bactériophage. Le bactériophage peut subsister avec une activité lytique très diminuée.

M. NATHAN.



Fournisseur de l'Assistance Publique de Paris
LE GOMENOL
Nom et Marque déposés
EMPLOYEZ
les Produits authentiques
qui sont sous cachet avec le nom
PREVET
En Grande CHIRURGIE
GOMENOLÉO (Oléo-Gomenol à 5 % ou à 10 %) : en injecter une ampoule 5 cc. la veille et l'avant-veille.
GOMENOL PUR : pour aseptiser les mains et le champ opératoire - gomenoler le péritoine.
BALSOFORME des Usines du Rhône. (mélange de Schleich et Gomenol) pour l'anesthésie générale
GOMENOLÉO (Oléo-Gomenol à 20 % ou à 33 %) pour oindre les surfaces cruentées — remplir les plaies profondes — embaumer les brûlures.
L'imprégnation gomenolée assure : la réparation intégrale des tissus, sans adhérences, des cicatrices souples et inapparentes.
REFUSEZ LES SUBSTITUTIONS
Littérature : 18, Rue des Petites-Ecuries - Paris-X°


ALZINE
ASTHME
EMPHYSÈME - BRONCHITES CHRONIQUES
Cas aigus : 4 à 5 pilules par jour pendant 5 jours.
Dose préventive : 2 pilules par jour pendant 15 jours.
ANTISPASMODIQUE PUISSANT - SÉDATIF DE TOUTES LES TOUX
DIUROBROMINE
ALBUMINURIE
ASCITES - PLEURÉSIE
Dose diurogène : 3 à 4 cachets par jour pendant 6 jours.
Dose diurotonique : 1 à 2 cachets par jour pendant 10 jours.
CONTRE TOUTES LES INSUFFISANCES RÉNALES
DIUROCARDINE
CARDIOPATHIES
NÉPHROPATHIES - PNEUMOPATHIES
Dose forte : 2 à 3 cachets par jour pendant 10 jours.
Dose cardiotonique : 1 cachet par jour pendant 20 jours.
ACTION IMMÉDIATE - TOLÉRANCE ABSOLUE
DIUROCYSTINE
CYSTITES - URÉTHRITES
GOUTTE - RHUMATISMES
Cas aigus : 3 cachets par jour pendant 6 jours.
Cure de diurèse : 2 cachets par jour pendant 15 jours.
DIURASEPTIQUE - ANTIARTHRITIQUE
LABORATOIRES L. BOIZE ET G. ALLIOT
9, AVENUE JEAN-JAURÈS LYON 7°

REVUE DES JOURNAUX

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

Ch. Roubier. ***La tuberculose pulmonaire consécutive au traumatisme du thorax*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XII, n° 276, 5 Juillet 1931). — R. rapporte l'observation d'un homme de 40 ans, ayant présenté pendant la guerre une pleurésie de la base gauche et pensionné à 20 pour 100 avec la mention « bronchite et emphysème, troubles digestifs », souffrant de temps en temps de point de côté gauche, mais dont l'état de santé était satisfaisant, jusqu'à ce qu'il fût victime d'un accident d'automobile. Projeté hors de la voiture, il subit une violente contusion du thorax à gauche avec triple fracture de côtes à gauche. Une première hémoptysie légère se produisit au moment de l'accident, une deuxième trois jours plus tard, une troisième beaucoup plus forte huit jours après, en même temps que se développait un état fébrile persistant. Treize jours après, il présentait un hydro-pneumothorax partiel à liquide hémorragique contenant une grosse majorité de lymphocytes. Huit jours plus tard, l'examen radiologique montre une augmentation considérable des lésions pulmonaires constatées au premier examen. Cliniquement, les frottements sont accompagnés de râles; le malade mourut deux mois et demi après et l'on constata des lésions très étendues de tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse.

Théoriquement, la tuberculose post-traumatique proprement dite est contestable; pratiquement, on peut admettre que, comme dans le cas observé, le traumatisme est responsable, non pas d'avoir créé la tuberculose, mais d'avoir fait d'un tuberculeux latent un tuberculeux évolutif.

Le plus souvent, on manque d'éléments d'appréciation suffisants; quelquefois, l'influence du traumatisme est vraisemblable, mais difficile à démontrer; parfois au contraire, elle est très problématique. Dans certains cas enfin, toute influence exercée par le traumatisme sur l'évolution de la maladie doit être rejetée.

On est autorisé à conclure au rôle déterminant de l'accident si la bonne santé antérieure du sujet et son aptitude au travail sont bien établies, si le traumatisme thoracique a été reconnu suffisamment important, s'il a été suivi d'une hémoptysie ou d'une pleurésie ou si la tuberculose dûment constatée s'est développée dans un délai assez rapproché du traumatisme.

Robert Clément.

P. Delore. ***A propos de l'administration de l'ergostérol irradié aux tuberculeux; considérations sur la valeur du processus de calcification en tuberculose*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XII, n° 276, 5 Juillet 1931). — Depuis les travaux de Robin et de Ferrier, on attache de l'importance au métabolisme du calcium et à la calcithérapie des tuberculeux. La découverte de l'action fixatrice du calcium, que possède à un haut degré l'ergostérol irradié, a fait naître l'espoir que ce corps serait efficace dans la tuberculose en temps qu'agent de calcification.

Expérimentalement, chez le lapin, l'administration de doses élevées d'ergostérol irradié provoque une accumulation considérable des sels calcaires au niveau des lésions pulmonaires comme dans tout l'organisme; mais ce résultat n'est atteint qu'avec des doses très supérieures à celles employées en clinique humaine et la calcification expérimentale des lésions tuberculeuses n'est pas capable d'arrêter l'évolution de la tuberculose et de prolonger la survie des animaux.

Chez l'homme, on ne peut employer de crainte d'accidents toxiques ou de calcifications hétérotopiques d'aussi fortes doses. D'autre part, la valeur curatrice du processus de calcification spontanée ou provoquée en tuberculose est discutable. La calcification des lésions tuberculeuses est conforme à une loi générale commune à tout tissu nécrosé ou caséifié. « Elle apparaît plus comme le témoin que comme la condition nécessaire de la guérison locale et n'a pas l'importance qu'on lui attribue. » Il ne faut pas confondre calcification et sclérose.

L'administration des sels de chaux aux tuberculeux a une valeur réelle, mais relative, peut-être à d'autres titres que comme agent calcifiant.

Cliniquement, l'action thérapeutique de l'ergostérol n'est pas évidente sur la calcification, mais il est bon de maintenir les réserves calciques du terrain et de combattre les causes de spoliation calcaire. A titre d'actinothérapie indirecte, l'ergostérol irradié peut être utilement employé, mais il ne doit pas supplanter l'huile de foie de morue dont il n'est nullement un équivalent: son indication sera tirée surtout des contre-indications de cette huile. Robert Clément.

F.-J. Collet et **R. Mayoux.** ***Tuberculose primitive de l'oreille*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 277, 20 Juillet 1931). — C. et M. rapportent l'observation d'une femme de 45 ans ayant présenté une tuberculose de l'oreille, cliniquement primitive. Dans cette forme, on trouve un certain nombre de symptômes qu'on ne s'attend pas à rencontrer dans la tuberculose et qui font écarter à tort ce diagnostic. La maladie a débuté très nettement après un coryza comme le type banal. Le début s'est fait d'une façon aiguë, par des douleurs et une élévation de la température à 40°. L'intensité des douleurs temporo-pariétales, le trismus, la surdité très intense font que cette tuberculose de l'oreille ressemble assez exactement à une otite banale et est pour cela souvent méconnue. L'évidement pétro-mastoïdien suffit à assurer la guérison, malgré que les lésions osseuses s'étendissent assez loin vers la pointe du rocher.

Exception faite des cas secondaires à des lésions pulmonaires, les otites bacillaires guérissent souvent aussi bien que les autres quoique un peu plus lentement. Il faut compléter l'intervention par un repos à la campagne.

Robert Clément.

H. Proby. ***Les complications auriculaires des oreillons*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XII, n° 277, 20 Juillet 1931). — P. se basant sur la découverte d'un spirochète dans la salive des ourliens rapproche les complications auriculaires des oreillons de celles de la syphilis.

Les complications infectieuses de l'oreille moyenne seraient des complications banales dues à des microbes associés, si fréquentes à proximité du foyer buccal. Les labyrinthites souvent unilatérales sont des neuro-labyrinthites avec atteinte élective du nerf auditif.

« Il faut se demander si bien des scléroses de l'oreille moyenne, bien des lésions mixtes de l'oreille moyenne et du labyrinthe ne représentent pas une complication plus rare et non décrite des oreillons, dont on retrouve si souvent la présence dans les antécédents. »

P. rapporte l'observation d'une jeune fille de 19 ans, dont la surdité est survenue neuf mois après les oreillons et coïncidait avec une sclérose du tympan sans lésion labyrinthique autre qu'une très légère diminution de la conduction osseuse et un réflexe nystagmique à la réfrigération un peu retardé dans son apparition. Cette malade a été améliorée par un traitement arsenical et endocrinien associés. Robert Clément.

S. Bonnamour, Chapuy et **Lardet.** ***La réaction de Triboulet dans le diagnostic des ulcérations intestinales chez les tuberculeux*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XII, n° 279, 20 Août 1931). — Le diagnostic de la tuberculose intestinale et surtout de la présence d'ulcérations sur l'intestin des tuberculeux pulmonaires dans la première période de la maladie est particulièrement difficile; les troubles fonctionnels peuvent être absents, les examens radiologiques sont d'interprétation délicate, les examens coprologiques ne sont nullement spécifiques et, cependant, ce diagnostic a pris une importance considérable depuis qu'on a montré qu'une intervention chirurgicale précoce peut sauver la vie à de nombreux malades.

La réaction de Triboulet au sublimé acétique pour la recherche de l'albumine soluble dans les fèces avait été appliquée par lui aux diarrhées des nourrissons, pour l'analyse quantitative des pigments biliaires et par d'autres pour le diagnostic des altérations intestinales.

B., C. et L. ont pratiqué systématiquement la réaction de Triboulet pour la recherche de la tuberculose intestinale. Ils ont trouvé la réaction positive 14 fois sur 40 tuberculeux pulmonaires, les réactions pratiquées à plusieurs jours d'intervalles confirmant les premiers résultats. Dans 32 cas, les données cliniques sur le tube digestif sont imprécises. 14 étaient des tuberculoses pulmonaires ulcéro-caséeuses chroniques à la dernière période avec des troubles digestifs variés, qui pouvaient faire penser à la présence d'ulcérations intestinales: 8 avaient de la diarrhée et un Triboulet positif. 6 fois le Triboulet fut négatif, 3 fois avec diarrhée, 3 fois sans diarrhée.

13 autres malades présentaient des lésions fibreuses et fibro-caséeuses peu ou pas évolutives ou, porteurs de pneumothorax artificiels, étaient en voie d'amélioration, ne présentant que des troubles digestifs intermittents: 12 fois le Triboulet fut négatif, une seule fois positif. Dans 8 cas, le contrôle anatomique a permis de vérifier la valeur diagnostique de la réaction de Triboulet. 3 fois, la réaction de Triboulet fut négative malgré la présence de douleurs ou diarrhée.

On a trouvé une appendicite tuberculeuse à forme de véritable abcès froid, une éruption granulique sur la fin de l'iléon et une tuberculose cæcale hypertrophique sans aucune ulcération sur la muqueuse intestinale.

Dans les 5 observations où l'épreuve fut positive quelquefois en quelques minutes, l'examen de l'intestin a montré la présence d'ulcérations, quelquefois en grand nombre, quelquefois rares sur la fin du grêle.

Si on ne peut pas dire que son absence implique nécessairement l'absence d'ulcération, on peut affirmer que la réaction de Triboulet positive indique toujours la présence d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

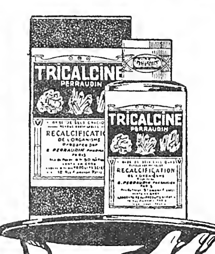
On peut admettre qu'il s'agit d'une réaction de collage d'une albumine spéciale produite au niveau d'une ulcération de la muqueuse.

Robert Clément.

L. Gallavardin et **L. Gravier.** ***Le diagnostic de l'insuffisance aortique syphilitique et ses difficultés (d'après une statistique de 84 cas d'insuffisance aortique de l'adulte avec autopsie)*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XII, n° 281, 20 Septembre 1931). — La coexistence d'un anévrisme excepté, il n'existe pas un seul signe qui soit à lui seul caractéristique de l'origine syphilitique d'une insuffisance aortique. Pratiquement, si l'on est intimement persuadé de la fréquence et de l'importance de la syphilis dans l'étiologie des lésions aortiques, on se trompe plus souvent en

· TUBERCULOSE · LYMPHATISME · ANÉMIE ·

TRICALCINE



PURE

RECONSTITUANT

LE PLUS PUISSANT - LE PLUS SCIENTIFIQUE
LE PLUS RATIONNEL

LA
RÉCALCIFICATION

Ne peut être ASSURÉE
d'une façon CERTAINE
et PRATIQUE

QUE PAR LA **TRICALCINE PURE**
OU PAR ASSOCIATION MÉDICAMENTEUSE
DE LA **TRICALCINE**

Le traitement par la TRICALCINE PURE doit être complété en quelques cas par les associations médicamenteuses de la TRICALCINE pour augmenter l'assimilation calcique et réaliser les médications alternées dans certaines maladies chroniques :

TUBERCULOSE PULMONAIRE - OSSEUSE PÉRITONITE TUBERCULEUSE
CROISSANCE ALLAITEMENT
TROUBLES DE DENTITION. DYSPEPSIES ACIDE
RACHITISME. SCROFULOSE. CARIE DENTAIRE
ANÉMIE

La TRICALCINE PURE est vendue en cachets, poudre, comprimés granulés et tablettes de chocolat.

Doses : ADULTES : 3 cachets, 3 cuillers mesure poudre.
6 cuillers mesure granulés.
3 comprimés ou 6 tablettes chocolat par jour.
ENFANTS : moitié de ces doses.

SE MÉFIER DES IMITATIONS ET DES SIMILITUDES DE NOM
BIEN SPÉCIFIER " TRICALCINE "

Échantillons et Littérature gratuits sur demandes aux Docteurs, Hôpitaux, Ambulances
LABORATOIRE DES PRODUITS " SCIENTIA " Dr E. PERRAUDIN, PH^N DE 1re CL. 21, RUE CHAPTAL - PARIS

· DYSPEPSIE NERVEUSE · TUBERCULOSE ·

· CROISSANCE · RACHITISME · SCROFULOSE · DIABÈTE ·

CARIE DENTAIRE · TROUBLES DE DENTITION

Jyel

admettant à tort l'insuffisance aortique syphilitique qu'en la méconnaissant.

Pour que la question de l'origine syphilitique d'une insuffisance aortique se pose, il faut qu'il s'agisse d'un adulte; il existe bien une forme juvénile de l'insuffisance aortique syphilitique, mais il s'agit de cas exceptionnels. Quant à l'existence d'une insuffisence aortique hérédo-syphilitique, le problème est encore tellement imprécis qu'il n'y a pas grand danger à la négliger pratiquement.

Il faut aussi qu'il s'agisse d'une insuffisance aortique solitaire. La coexistence d'une lésion mitrale endocardique doit faire considérer l'insuffisance aortique comme étant de nature endocarditique même s'il existe une syphilis concomitante. Cette règle, basée sur des constatations de faits, a une valeur presque absolue, l'association d'une lésion mitrale endocardique et d'une insuffisance aortique syphilitique étant rarissime. La coexistence d'un rétrécissement aortique pose un problème délicat : anatomiquement, les lésions génératrices de l'insuffisance aortique syphilitique ne donnent lieu, dans l'immense majorité des cas, à aucun rétrécissement sigmoïdien réel. Cliniquement, « une lésion aortique manifestement double, avec signes prédominants ou accentués de sténose aortique (gros frémissement, signes périphériques), ne doit pas être considérée comme de nature syphilitique. Il faudra réserver la discussion de la possibilité d'une telle origine syphilitique au cas où le souffle systolique superposé au souffle diastolique sera manifestement un souffle d'accompagnement, simplement fonctionnel, ou tout au plus à ceux où les signes de rétrécissement aortique seraient simplement légers ou discutables ».

En éliminant de leur statistique les insuffisances aortiques constatées au-dessous de 30 ans, celles avec endocardite infectieuse, celles avec coexistence de lésions mitrales, celles avec coexistence de signes certains de rétrécissement aortique prédominant ou évident, G. et G. trouvent 84 observations d'insuffisance aortique solitaire de l'adulte dans lesquelles l'origine syphilitique de l'affection pouvait tout au moins se poser. 49 cas ont pu être rattachés à la syphilis, 40 fois le diagnostic avait été porté cliniquement, 6 fois, il était resté en suspens, 3 fois on avait songé plutôt à l'endocardite qu'à la syphilis. 23 cas étaient d'origine endocardique banale. Dans 12 observations, l'insuffisance ne relevait ni d'une endocardite, ni de la syphilis, et fut considérée comme une insuffisance fonctionnelle ou à lésions minimales reconnaissant comme seul facteur la dilatation aortique sus-sigmoïdienne. Aucun cas ne reconnaissait une origine athéromateuse.

Il faut lire dans le détail l'étude minutieuse des symptômes et des antécédents qui permet à G. et G. la discrimination étiologique de ces insuffisances aortiques dans ce très intéressant travail.

Robert Clément.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

S. S. Judine. ***Nouvelle série d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum*** (*Journal de Chirurgie*, t. XXXVIII, n° 2, Août 1931). — Le chirurgien de l'Hôpital de chirurgie d'urgence à Moscou avait, en 1930, communiqué une première série de cas d'ulcères gastro-duodénaux perforés. Partisan de la résection large primitive, il apporte une nouvelle série de 116 cas de son service, du 1er Octobre 1929 au 30 Novembre 1930.

Le long tableau récapitulatif est suivi de commentaires signalant la fréquence de plus en plus grande, l'apparition en moyenne à 35 ans, la perforation dans les heures qui suivent les deux principaux repas, l'extrême rareté chez la femme (2 cas). L'admission et l'opération d'urgence ont eu lieu, le plus souvent, de deux à sept heures après les premiers symptômes.

L'étude diagnostique montre que sur 116 malades, 97 avaient un passé ulcéreux caractérisé et que chez les 19 autres, frappés en apparence en pleine santé, il y avait des lésions inflammatoires anciennes démontrant la présence latente et non pas l'évolution suraiguë de l'ulcère.

La douleur initiale est très vive, localisée, immobilisant le malade qui ne demande pas à boire. L'irradiation de cette douleur épigastrique à l'épaule droite est un bon signe du siège duodénal de la perforation et sert à éliminer l'appendicite, l'irradiation à l'épaule gauche étant en faveur d'une perforation gastrique. Dans les premières heures, il n'y a pas de vomissements, pas d'état de choc, le pouls parfois ralenti est le plus souvent à peine accéléré et la température reste au-dessous de 38°. Les signes cliniques, la radiographie en position transverse, établissant la présence de la bulle gazeuse, sous-diaphragmatique, ont la haute valeur pour le diagnostic. Enfin, la palpation a pu permettre de sentir la poussée des bulles de gaz échappées de l'ulcère et venant frapper sous la main la paroi abdominale antérieure.

La résection primitive duodéno-gastrique, rapidement faite par une équipe exercée, n'aggrave pas le résultat qui dépend avant tout de la résistance du malade et de la virulence de l'infection. Dès l'ouverture de l'abdomen, un examen bactériologique extemporané, en révélant la présence ou l'absence du diplostreptocoque et du streptocoque, permettra de choisir entre l'opération limitée et la large résection. Des 19 cas mortels (sur 116), 14 ont été examinés bactériologiquement et comprennent : diplostreptocoque 6, streptocoque 5, staphylocoque, diplocoque, levure, chacun 1.

L'opération débute sous anesthésie à l'éther associée à l'anesthésie locale; puis la paroi bien écartée, les compresses mises, l'ulcère fermé en bourse, on passe à l'anesthésie splanchnique en cessant l'anesthésie générale.

L'étude des résultats indique que sur 116 malades, 114 ont été opérés, dont 16 par simple suture, gastro-entérostomie, tampon épiploïque. Les 98 cas de résection restants (Billroth 1, 84 cas; Billroth II et Finsterer, 14 cas) accusent 11 morts, soit une mortalité de 11,2 pour 100 que J. espère abaisser au-dessous de 10 pour 100.

P. Grisel.

B. Cunéo et **J. Sénèque.** ***Reconstitution de l'appareil sphinctérien dans le prolapsus du rectum*** (*Journal de Chirurgie*, t. XXXVIII, n° 2, Août 1931). — L'amputation du rectum est abandonnée et la tendance actuelle est de traiter les prolapsus totaux par les colopexies, les prolapsus légers par le cerclage de l'anus, et les cas intermédiaires, le plus souvent dus aux traumatismes obstétricaux, trouvent leur meilleur remède dans le renforcement des divers éléments de l'appareil sphinctérien.

Le sphincter strié a été rétréci par Kehrer, les releveurs ont été suturés en avant du rectum par Duval, Proust et Lenormant. L'intervention nouvelle de C. et J. s'adresse aux trois éléments de l'appareil sphinctérien, sphincter strié, releveurs, et sphincter lisse, resté jusqu'ici en dehors de l'action chirurgicale.

Dans un premier temps pré-anal, on isole la partie antérieure du sphincter strié et sous lui le sphincter lisse, d'aspect nacré, est resserré par un plissement vertical à points séparés. On agit ensuite de même sur le sphincter strié.

Dans un second temps rétro-anal, on sectionne le raphé des releveurs de l'anus, et, après avoir séparé chacun d'eux du rectum, on les croise en redingote et on les fixe par des sutures, ainsi superposés. On répète ensuite le rétrécissement des sphincters lisse et strié du temps pré-anal, en passant, pour l'y fixer, le point de plissement le plus élevé du sphincter strié, dans les parties fibreuses péri-coccygiennes.

P. Grisel.

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

F. Tondeur (Bruxelles). ***Dans quelle proportion les ulcéreux opérés pour perforation restent-ils guéris?*** (*Revue de Chirurgie*, t. L, n° 5, Mai 1931). — A tous les opérés d'ulcère perforé, on applique, à la Clinique Chirurgicale du prof. Leriche, où ce travail a été poursuivi, la thérapeutique chirurgicale suivante: suture de l'ulcère, avec ou sans épiplooplastie et gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay. Une seule anastomose a été faite par suture, un seul opéré a subi l'intervention en deux temps.

Sur 45 opérés guéris, 13 ont été revus et examinés, de un à six ans après l'opération.

9 opérés signalaient un passé pathologique gastrique.

Les résultats éloignés sont les suivants: 7 excellents, 4 bons, 2 mauvais.

La plupart, malgré les recommandations, ne suivent aucun régime.

Chez les deux derniers malades, l'ulcère continue à évoluer, la gastro-entérostomie fonctionne mal, trop large dans un cas, trop étroite peut-être dans l'autre.

Les examens radiologiques ne concordent pas toujours avec le résultat clinique; cependant, c'est parmi les 7 résultats excellents que l'on trouve des résultats radiologiques satisfaisants, qui sont au nombre de trois, avec trois évacuations doubles par le pylore et l'anastomose et deux rétentions du bouton.

Mais il reste 4 cas excellents au point de vue clinique, mais peu satisfaisants au point de vue radiologique.

Quand le résultat clinique est imparfait, la radiologie en précise la raison: ulcère en activité, possibilité d'un ulcère peptique.

En résumé, il semble que 80 pour 100 des ulcéreux qui font une perforation guérissent par des moyens simples.

J. Okinczyc.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Hufschmitt. ***Un cas de blastomycose cutanée à foyers multiples*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. II, n° 8, Août 1931). — H. rapporte l'observation d'un homme de 63 ans atteint de nodosités, d'abcès et d'ulcérations multiples: cou, index droit, pli du coude droit, sternum, dos de la main droite, bras droit. Le pus prélevé dans ces abcès et dans ces lésions ulcéro-croûteuses montra la présence de levures sur les frottis. Les ensemencements ont donné des cultures de streptocoque et de levures; celles-ci purent être classées dans le genre *Debaryomyces* (*Debaryomyces mucosus*). La biopsie des lésions montra une structure tuberculoïde, des abcès miliaires, comme dans les blastomycoses. L'agent pathogène isolé et cultivé à l'état de pureté a montré une virulence très marquée pour la souris, atténuée pour le cobaye, presque nulle pour le lapin.

L'ingestion de 1 à 5 gr. d'iodure de potassium, les badigeonnages locaux à la teinture d'iode salicylée et chrysarobinée n'amenèrent que peu de résultats; on recourut alors à la diathermo-coagulation sur les éléments verruqueux et végétants, à l'électro-coagulation à étincelle variable sur les lésions non exubérantes, à la fulguration avec étincelle demi-chaude sur les lésions toutes superficielles, ce qui amena une amélioration voisine de la guérison.

R. Burnier.

Neumark. ***Sur la maladie de Fox-Fordyce*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, t. II, n° 9, Septembre 1931). — N. rapporte 3 cas de cette lésion, dont on connaît actuellement une centaine d'observations publiées dans la littérature. Il s'agit de papules très prurigineuses localisées surtout aux aisselles, plus rarement aux seins et au pubis, survenant surtout chez la femme, après la puberté. Il semble que les troubles des glandes endocrines génitales (hypo ou dysovarie), de la thyroïde (hyper ou dysthyroïdie) jouent un rôle dans l'apparition de la maladie de Fox-Fordyce.

N. a recherché chez ses malades la glycémie alimentaire: 2 avaient un endocrinisme pancréatique normal.

N. considère la maladie de Fox-Fordyce comme une dysendocrinide avec un dysfonctionnement consécutif des glandes sudoripares apocrines de l'aisselle.

Il faut distinguer cette maladie d'une simple lichénification circonscrite de la peau. Une névrodermite ne résiste pas avec une telle opiniâtreté aux rayons X, car le plus souvent l'irradiation reste sans effet; certains auteurs vantent l'opothérapie ovarienne ou thyroïdienne, d'autres appliquent la diathermo-coagulation. On a été amené à faire parfois une ablation chirurgicale de la peau de l'aisselle malade avec une transplantation consécutive. N. a noté les bons effets de l'insulinothérapie chez une de ses malades.

R. Burnier.

L'HYGIÈNE MENTALE *(Paris)*

S. Petersen. ***Sur les types de Kretschmer; les psychoses mixtes et les caractères prépsychotiques*** (*L'Hygiène Mentale*, tome XXVI, n° 6, Juin 1931). — Dans des recherches fort étendues, poursuivies à Copenhague ainsi qu'à la clinique du professeur Claude, l'auteur s'est donné à tâche de vérifier les idées exprimées par Kretschmer dans son ouvrage *Hörporbau und Karakter.* Nous avons eu l'occasion d'analyser récemment cet ouvrage. D'après la stature, les proportions et la morphologie des traits, d'après l'aspect de la peau, de la chevelure, du système pileux, il est possible de prévoir la « constitution psychique d'un sujet. Son caractère est pour ainsi dire inscrit sur sa silhouette de même que ses prédispositions à tel ou tel groupe de maladie mentale.

Assurément, notre morphologie est en rapport avec nos glandes endocrines, qui elles-mêmes ont une influence incontestable sur notre psychisme. Mais jusqu'où peut-on aller dans cette voie sans être contredit par les faits? Les statistiques de l'auteur seraient assez conformes aux idées de Kretschmer et lui semblent conformes aux idées de ce psychiatre.

M. Nathan.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT *(Leipzig)*

W. Teschendorf. ***L'irradiation généralisée par les rayons X*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVII, n° 34, 21 Août 1931). — L'irradiation généralisée à tout le corps a été essayée surtout dans les affections sanguines. Elle doit être dosée différemment pour chaque individu.

Au cours des leucémies, la chute du chiffre des leucocytes a été obtenue ainsi rapidement et régulièrement alors que la régression splénique se faisait habituellement plus lentement que lors de l'irradiation directe de la rate: la combinaison des 2 procédés a déterminé des résultats satisfaisants en particulier chez des malades qui ne réagissaient plus au traitement par rayons X sur la rate seule. La méthode d'irradiation généralisée constitue selon T. le traitement de choix des leucémies et aleucémies. Dans la lymphogranulomatose elle s'est montrée peu efficace sauf lors des périodes avancées avec adénopathies généralisées. L'action prophylactique du traitement dans l'intervalle des poussées est également douteuse.

Dans les affections cutanées, des essais ont été faits lors de psoriasis et d'eczéma généralisés résistant aux traitements habituels. Des succès ont été obtenus dans la moitié des cas de psoriasis et dans le tiers des cas d'eczéma. La faible quantité de rayons reçue par chaque portion cutanée évite le risque de lésion radiothérapique de la peau.

Dans quelques cas de troubles menstruels, l'irradiation généralisée a provoqué la réapparition ou la régularisation des règles. L'étude est à poursuivre au cours des diverses affections gynécologiques.

G. Dreyfus-Sée.

Hoffmann. ***Le traitement des affections tuberculeuses de l'œil et de l'orbite par les rayons X et le radium*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVII, n° 34, 21 Août 1931). — On a longtemps redouté les traitements radio et radiumthérapiques des affections oculaires, mais on est actuellement revenu de ces préventions, en particulier en ce qui concerne les manifestations de tuberculose oculaire ou périoculaire. Ce sont surtout les affections des voies lacrymales et de la conjonctive qui sont justiciables de cette méthode. Elle est susceptible de rétablir un fonctionnement normal lors de dacryocystite et elle laisse des cicatrices relativement peu déformantes après tuberculose conjonctivale. Il importe donc de tenter le traitement par irradiation tout d'abord dans ces affections, avant de recourir à des thérapeutiques plus mutilantes.

Parmi les maladies du globe oculaire ce sont surtout les épisclérites et les kératites qui seront à traiter, les rétinites relevant plutôt du traitement par la tuberculine.

La technique ne peut guère être précisée de façon absolue, les essais chez l'animal étant impossibles et les tentatives chez l'homme ne permettant qu'une progression lente et prudente. La connaissance précise du diagnostic et de l'état général du malade est indispensable à l'établissement du traitement.

Quoi qu'il en soit, la radiothérapie peut être considérée comme une arme nouvelle et efficace dans l'arsénal therapeutique de la tuberculose oculaire.

G. Dreyfus-Sée.

I. Klausner-Cronheim. ***Le traitement de la migraine par l'hormone du lobe antérieur d'hypophyse*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVII, n° 34, 21 Août 1931). — On a souvent observé chez les femmes migraineuses l'interruption des accès durant la grossesse; pendant cette période les causes habituellement déclenchatrices de la crise: constipation, sommeil insuffisant, atmosphère renfermée, surmenage intellectuel, etc., demeurent inefficaces; mais les migraines reparaissent après la fin de l'allaitement.

Ces faits sont mal expliqués par les théories pathogéniques de la migraine. Tout se passe comme si la grossesse suspendait la formation d'une substance toxique migrainogène ou au contraire déterminait l'apparition d'un produit neutralisant spécial.

On peut penser que l'hormone hypophysaire antérieure dont Aschheim et Zondek ont démontré la formation en excès par les femmes enceintes constitue ce produit antimigraineux. Ceci est d'autant plus vraisemblable qu'on connaît les relations fréquentes unissant la menstruation et les phénomènes migraineux et rapprochant, par conséquent, la migraine du système endocrinien. Il importe peu d'ailleurs que l'hormone neutralisante provienne directement de l'hypophyse ou soit sécrétée par le placenta au niveau duquel Zondek a démontré son existence. Ces considérations théoriques ont amené K. C. à tenter un traitement de la migraine par administration préventive orale d'hormone hypophysaire antérieure. Pour éviter de soupçonner une action désensibilisante banale par les protéines, K. C. a renoncé aux injections parentérales.

Elle a choisi 10 malades qui, par suite d'un travail absorbant, ne pouvaient raccourcir la durée des crises par le repos et l'obscurité. La médication employée consistait en 3 prises quotidiennes d'une tablette de prolan (hormone hypophysaire antérieure, dosée à 450 unités par tablette).

4 de ces malades furent considérablement améliorées et même guéries de leurs accès durant le traitement. Chez 3 d'entre elles les prises de prolan déterminaient de légères ménorragies. L'échec des 3 autres cas est peut-être attribuable à une étiologie différente de leurs migraines, et il est possible qu'une classification étiologique plus précise soit à établir.

L'action thérapeutique est vraisemblablement attribuable au prolan A qui seul augmente durant la grossesse. Cette hormone existe aussi normalement dans les urines des hommes à l'âge où ils sont susceptibles de devenir migraineux.

En ce qui concerne l'utilisation thérapeutique de l'hormone, il convient cependant de maintenir des réserves chez les femmes, du fait des troubles menstruels fréquemment provoqués, et chez les enfants de crainte de provoquer une maturation sexuelle précoce.

G. Dreyfus-Sée.

W. Hebenstreit. ***La collapsothérapie combinée de la tuberculose pulmonaire (phrénicectomie et pneumothorax)*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVII, n° 35, 28 Août 1931). — 54 cas de bacillose pulmonaire ouverte ont été traités par pneumothorax unilatéral, précédé par la phrénicectomie du même côté. Cette thérapeutique mixte avait été préconisée pour faciliter le pneumothorax, éviter les exsudats pleuraux secondaires et empêcher le déplacement du médiastin par hyperpression.

Les résultats obtenus ne plaident pas en faveur de ce traitement employé systématiquement.

Si quelques-unes des critiques faites aux promoteurs de la méthode ne paraissent pas justifiées, nombre de leurs affirmations ont été, par contre, infirmées par les observations de H.

C'est ainsi que les insufflations, loin d'être facilitées, sont au contraire souvent plus malaisées par suite de l'élévation du diaphragme diminuant l'étendue de la cavité pleurale. Les pleurésies purulentes sont survenues plus fréquemment que dans la statistique des premiers observateurs. La durée du traitement ne s'est pas montrée sensiblement diminuée.

En pratique, il paraît plus logique de faire le pneumothorax simple dans un premier temps et de le compléter ultérieurement par la phrénicectomie au cas où le collapsus serait insuffisamment réalisé par la première méthode thérapeutique.

C'est dans ce sens que se poursuivent les études de H. qui se réserve de publier ultérieurement les résultats ainsi obtenus.

G. Dreyfus-Sée.

S. Westmann. ***L'irradiation interne des cavités naturelles par une source lumineuse introduite dans leur intérieur*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVII, n° 35, 28 Août 1931). — W. a réussi à fabriquer une source lumineuse émettant des radiations ultra-violettes avec une intensité suffisante, et susceptible d'être introduite dans les divers appareils d'exploration des cavités naturelles.

C'est ainsi qu'il est possible d'irradier la cavité vésicale à l'aide d'un cystoscope muni de cette source d'ultra-violet, ou bien qu'on peut l'adapter à une sonde gastrique souple afin d'irradier l'es-

tomac. Expérimentalement, W. a vérifié l'efficacité des rayons émis malgré l'interposition de liquide. Il est donc possible de remplir la vessie d'eau avant d'y faire pénétrer l'instrument, et dans l'estomac tendu par du gaz la couche de mucus pariétal ne constitue pas un obstacle imperméable.

Les indications essentielles de cette thérapeutique sont constituées par les affections chroniques de l'estomac, gastrite chronique anachlorhydrique, modification du taux d'acidité du suc gastrique témoignant d'une anomalie de la muqueuse digestive : les rayons agissent alors par hyperhémie.

Dans la vessie, l'action est à la fois hyperhémiante et bactéricide et peut être utilisée lors des inflammations chroniques microbiennes vésicales. Certains résultats favorables ont été obtenus aussi par irradiation vaginale lors d'affections inflammatoires de la muqueuse utéro-vaginale et même des annexes. G. Dreyfus-Sée.

R. Gantenberg. ***La pigmentation de la peau et les réactions cutanées, au cours de l'anémie pernicieuse*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVII, n° 32, 11 Septembre 1931). — Chez 2 malades, l'auteur a observé une coloration brune de la peau semblable à une pigmentation addisonienne survenant et s'accentuant au cours du traitement hépato-thérapique de l'anémie pernicieuse.

Le traitement par le foie de veau détermine chez les anémiques une hypersensibilisation cutanée qui peut être mise en évidence par la recherche du seuil d'érythème par irradiation ultra-violette. Chez un des malades, on observa en outre une régression rapide de lésions de psoriasis étendu demeuré sans modification depuis 30 ans.

Le métabolisme cholestérinique joue vraisemblablement un rôle capital dans le déterminisme de ces réactions cutanées.

G. Dreyfus-Sée.

F. Reiss. ***Complications de la lymphogranulomatose inguinale par infections secondaires et apparition de séro-réaction non spécifique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVII, n° 32, 11 Septembre 1931). — Dans 2 cas de lymphogranulomatose inguinale typique une surinfection par le streptocoque hémolytique détermina des signes généraux et une suppuration ganglionnaire. La guérison survint par incision des foyers suppurés et irradiations ultra-violettes.

Dans un des cas le Wassermann fut fortement positif durant l'évolution, alors que nul signe clinique de syphilis n'existait chez le malade, et d'ailleurs la séro-réaction redevint négative spontanément après guérison de la lésion inguinale. Il s'agissait donc d'une réaction non spécifique déclanchée par la lymphogranulomatose et disparaissant avec elle. G. Dreyfus-Sée.

G. Wolpe. ***Embolie pulmonaire évoluant sous le masque d'une péritonite par perforation*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LVII, n° 32, 11 Septembre 1931). — W. relate la curieuse observation d'un malade qui présenta un syndrome abdominal aigu brusque faisant penser à une péritonite par perforation, mais disparaissant après 24 heures pour faire place à une symptomatologie typique d'embolie pulmonaire moyenne.

W. croit pouvoir incriminer à l'origine de cet infarctus une injection intraveineuse d'atophan pratiquée 3 jours avant l'apparition des phénomènes pour soulager des douleurs de névralgie sciatique intense. A 5 reprises déjà il a eu l'occasion d'observer des embolies succédant à des injections endo-vasculaires d'atophan, d'urotropine ou de sérum glucosé. Il recommande donc d'éviter les injections intraveineuses chez des malades pour lesquels nulle nécessité vitale n'indique ce mode d'administration médicamenteuse.

G. Dreyfus-Sée.

ZEITSCHRIFT für KREISLAUFFORSCHUNG (Dresde)

A. Ferrannini (Naples). ***Angiohypotonie constitutionnelle et hypotension artérielle chronique idiopathique*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXIII, n° 17, 1er Septembre 1931). — F. revendique la priorité de la description de ce syndrome qu'il a isolé dès 1903 et qui a été depuis, sous des noms très divers : hyposphyxie, hypotension artérielle idiopathique persistante, etc., l'objet de nombreux travaux.

Il en rappelle les symptômes principaux et montre qu'il s'agit là d'une entité morbide spéciale, dans laquelle une insuffisance chronique et idiopathique du tonus des artères, des veines et des capillaires se traduit par des symptômes du côté du cœur (tachycardie habituelle, bradycardie clinostatique, modifications assez spéciales des bruits du cœur indiquant une insuffisance de l'évacuation ventriculaire, parfois souffle mésocardiaque inorganique, etc.), du côté des vaisseaux (hypotonie, instabilité du pouls, etc.), du côté du système nerveux (surexcitabilité extrême contrastant avec l'impossibilité du travail physique et intellectuel normal, asthénie, céphalée, vertiges, narcolepsie post-prandiale, etc.), du côté des reins (oligurie, albuminurie orthostatique et de croissance, leucocyturie, hématurie essentielle), du côté du foie (stase veineuse hépatique, hémorroïdes, hémorragies intestinales), du côté de la morphologie générale (coloration bleuâtre des téguments, acrocyanose, thorax allongé, tendance aux ptoses viscérales, aux œdèmes déclives, etc.).

L'angiohypotonie constitutionnelle aboutit à de multiples anomalies dans l'hydraulique de la circulation générale et de la circulation propre des divers organes, occasionnant des perturbations dans la nutrition des vaisseaux allant jusqu'à la dégénérescence scléreuse de ces derniers.

La cause profonde de ce syndrome réside dans des troubles constitutionnels de l'organisme qui retentissent sur les organes et les appareils exerçant une influence sur le tonus vasculaire, tels que les surrénales, l'hypophyse et la thyroïde.

Cette conception explique maints syndromes qui ont été considérés de façon très vague comme des maladies de croissance ou des affections essentielles. Elle rend compte de bien des erreurs diagnostiques, évite des interprétations systématiques erronées dans le traitement des affections du cœur et des vaisseaux, et motive l'usage de l'opothérapie, de certaines prescriptions diététiques et physiothérapiques (massages, hydrothérapie, exercices sportifs) et de quelques médicaments neurotoniques à action générale (strychnine, valériane, camphre) ou cardio-vasculo-tonique.

P.-L. Marie.

M. S. Turkeltaub (Odessa). ***Effet de l'extrait de muscle strié sur le rythme cardiaque*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, t. XXIII, n° 19, 1er Octobre 1931). — Schwarzmann a déjà recommandé l'injection sous-cutanée d'extrait de muscle strié dans l'angine de poitrine. T. a étudié l'action de cet extrait sur le rythme cardiaque.

Il a d'abord constaté chez les angineux son ralentissement dix minutes déjà après l'injection. Chez les sujets normaux comme chez les cardiopathes, 1 cmc d'extrait injecté sous la peau provoque un ralentissement du rythme cardiaque. Dans les cas d'arythmie extrasystolique les extrasystoles disparaissent rapidement après l'injection et le rythme devient momentanément régulier. Dans les cas d'arythmie complète associée à de la tachycardie, la même dose détermine au bout de vingt à trente minutes un ralentissement du rythme qui se régularise, comme en témoignent les électrocardiogrammes. Des injections quotidiennes se sont montrées capables de ralentir et d'améliorer le rythme cardiaque pendant un temps assez long.

Fait remarquable, chez les malades traités par la digitale peu de temps auparavant, l'injection d'extrait de muscle strié n'a exercé aucun effet sur le rythme. T. pense que la digitale a tellement excité le vague que l'influence de l'extrait ne peut plus se faire sentir.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie-New-York)

A. B. Brower et **W. M. Simpson.** ***Effet antianémique de la poudre d'estomac de porc*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXII, n° 3, Septembre 1931). — Les expériences de Castle et Locke indiquent qu'une substance antianémique analogue à un enzyme fait défaut dans l'estomac des sujets atteints d'anémie pernicieuse. L'ingestion d'estomac cru ou desséché provoque chez eux une rémission rapide et durable en remplaçant cette substance qui détermine la maturation du sang et stimule continuellement les tissus hématopoïétiques.

Dans les 15 cas d'anémie pernicieuse qu'ils ont traités par la poudre d'estomac de porc, B. et S. ont obtenu une rémission satisfaisante. Chez 8 malades les signes neurologiques légers qui existaient avant le traitement ont disparu ou se sont notablement atténués. Les résultats les plus frappants cliniquement et hématologiquement furent obtenus chez les malades ayant moins de 2 millions de globules rouges. La réponse réticulocytaire fut inversement proportionnelle au chiffre initial des hématies comme on le constate aussi avec l'hépatothérapie. 2 malades qui n'avaient pas réagi à cette dernière médication furent très favorablement influencés par la poudre d'estomac. L'adjonction d'acide chlorhydrique dilué semble superflue. L'emploi du foie et de l'estomac arrivent à supprimer presque complètement la nécessité des transfusions répétées dans l'anémie pernicieuse.

La dose optima de poudre d'estomac semble être de 30 gr. quand il y a moins de 2 millions de globules rouges. Comme posologie, Sturgis indique 10 gr. par million d'hématies absentes. Chez 2 sujets ayant passé 65 ans, il a fallu donner 40 gr. par jour pour obtenir la réaction réticulocytaire caractéristique.

La dose d'entretien qui doit être continuée tant que vit le patient est de 10 gr. par jour. La poudre se prend très bien avec du jus de fruits, de tomates en particulier. La médication a toujours été bien acceptée et tolérée.

P.-L. Marie.

W. W. Fray. ***Effet de l'éphédrine sur l'estomac de l'homme d'après les constatations radiologiques*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXII, n° 3, Septembre 1931). — Les observations radiologiques concernant l'action de l'éphédrine sur l'estomac de l'homme sont rares et discordantes. L'expérimentation sur l'animal n'a pas fourni de résultats plus concluants. Aussi F. a-t-il étudié comparativement l'effet de l'éphédrine et de l'atropine au moyen d'examens radiologiques en série. Il s'est servi d'éphédrine naturelle par voie buccale à la dose de 5 à 15 centigr. ; l'atropine a été injectée sous la peau. Ses recherches ont porté sur 97 sujets de 20 à 73 ans semblant pour la plupart présenter cliniquement des spasmes gastro-intestinaux.

F. a vu ainsi que l'éphédrine produit d'ordinaire une diminution du péristaltisme et du tonus gastriques chez les sujets indemnes d'affections gastri-

ques locales. L'action de l'éphédrine sur le spasme gastrique est plus variable, souvent elle est nulle dans les cas de pylorospasme atteignant des estomacs indemnes de lésions locales. Quand il existe de telles lésions, le spasme gastrique est moins souvent influencé par l'éphédrine, et moins modifié lorsqu'il l'est, que s'il s'agit d'estomacs normaux.

Du point de vue objectif, l'éphédrine procure à peu près les mêmes résultats que l'atropine en injection sous-cutanée, bien que ces deux drogues aient un mécanisme d'action tout différent, l'atropine produisant le relâchement par inhibition du parasympathique tandis que l'éphédrine semble être essentiellement sympathicotonique. L'atropine diminue aussi le péristaltisme et le tonus de la grande majorité des estomacs normaux, mais cet effet est bien moins souvent constaté quand il existe une lésion locale. L'efficacité des deux médicaments est sensiblement la même; il faut souligner qu'ils n'ont pas réussi à relâcher le spasme dans plus de la moitié des cas. Aucun cas de cardiospasme n'a été amélioré par ces deux drogues, et dans les cas de pylorospasme on n'observa en général qu'un relâchement partiel.

Ni l'atropine ni l'éphédrine ne peuvent fournir de critère diagnostique pour différencier une lésion gastrique intrinsèque d'une affection extrinsèque déterminant un spasme réflexe. Par contre, F. attache une grande valeur dans l'étude des spasmes à l'examen pratiqué le lendemain, car les estomacs indemnes de lésions organiques présentent rarement le même spasme la seconde fois.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

J. M. Vaughan (Oxford). ***A propos du gain de poids qui accompagne les rémissions de l'anémie pernicieuse*** (*Archives of internal Medicine*, t. XLVII, n° 5, Mai 1931). — Que l'on fasse ou non de l'hépatothérapie, on constate que les rémissions de l'anémie pernicieuse s'accompagnent d'un gain de poids qui est parfois énorme. Quel en est le facteur responsable, puisque le foie administré n'entre pas en ligne de compte ? On pourrait invoquer, soit l'augmentation de l'apport en calories résultant de l'amélioration de l'appétit, soit la rétention de liquide aboutissant à l'œdème, soit enfin une altération du métabolisme analogue à celle qu'on observe dans le myxœdème.

Pour élucider ce point, V. a étudié chez 12 malades atteints d'anémie pernicieuse les rapports entre le gain de poids et l'apport de calories, le bilan de l'eau, le métabolisme basal, tout en tenant compte des modifications de la formule hématologique.

Les déterminations du métabolisme basal montrèrent que des modifications de ce métabolisme analogues à celles qu'on note dans le myxœdème ne peuvent aucunement être rendues responsables de l'accroissement du poids lors des rémissions de l'anémie pernicieuse. L'amélioration du chiffre des globules rouges s'accompagna d'un retour du métabolisme basal à la normale ou à des valeurs un peu inférieures à la normale.

Tous les malades, sauf un, présentèrent un gain de poids initial, indépendant du régime, au moment du maximum de la réaction réticulocytaire, gain qui marcha de pair avec une rétention des liquides et l'apparition d'œdèmes visibles. Ce gain de poids initial fut suivi d'une augmentation de la diurèse, de la disparition ou de la diminution de l'œdème et d'une perte de poids. On ne nota ensuite un poids supérieur à celui du début du traitement que chez les malades recevant une alimentation abondante.

Il semble donc que l'augmentation de poids initiale et transitoire soit sous la dépendance de la rétention des liquides et de l'œdème consécutif, tandis que c'est à l'augmentation de l'apport en calories, associé à l'amélioration de l'état général, qu'est dû l'accroissement ultérieur du poids des malades.

P.-L. Marie.

C. J. Watson. ***L'élimination quotidienne de l'urobilinogène dans l'état de santé et de maladie, et en particulier dans l'anémie pernicieuse*** (*Archives of internal Medicine*, t. XLVII, n° 5, Mai 1931). — W. estime que la détermination quotidienne moyenne de l'urobilinogène est trop négligée et qu'elle est susceptible d'être souvent d'un précieux secours dans l'étude clinique des ictères et des états anémiques.

Il s'est servi de la méthode de Terwen légèrement modifiée, dont il indique la technique de façon très détaillée. Cette méthode colorimétrique, dérivée de la réaction d'Ehrlich, est basée sur le titrage d'un individu chimique défini, le mésobilirubinogène cristallisé de Fischer, obtenu par condensation avec la paradiméthylaminobenzaldéhyde, en présence d'acide chlorhydrique. Ce procédé permet d'éliminer le scatol et l'indol qui créent des causes d'erreur. Il s'applique aux urines et aux fèces. Il n'est pas spécialement difficile, mais exige un temps assez considérable, comme toute méthode quantitative utilisant les fèces. Avec ce procédé, W. a trouvé que l'élimination quotidienne d'urobilinogène par les selles oscillait normalement autour de 150 milligr.

Chez des malades atteints d'anémie secondaire, il a constaté une diminution de l'urobilinogène fécal, sauf dans les cas s'accompagnant de régénération sanguine avec destruction des globules rouges.

Dans l'anémie pernicieuse, on trouve au moment des rechutes des chiffres très élevés d'urobilinogène dans les fèces, jusqu'à 554 milligr. W. a remarqué que la rapidité de l'augmentation de l'hémoglobine et des globules rouges était un peu moins grande chez les sujets traités par l'hépatothérapie, lorsque l'urobilinurie persistait après la crise réticulocytaire. Il n'existe pas de rapport entre la quantité d'urobilinogène qui est présente dans les fèces et celle qui se trouve dans l'urine. L'urobilinogène urinaire peut être augmenté alors que le taux de l'urobilinogène fécal est faible, ou inversement, ce qui ne plaide pas en faveur d'un simple apport exagéré au foie qui se trouverait débordé, mais plutôt en faveur d'altérations hépatiques, plus ou moins marquées suivant les cas, étant donné les relations bien établies qu'on sait exister entre les lésions du foie et l'urobilinurie.

Dans les ictères par obstruction et dans l'ictère catarrhal, W. a constaté une augmentation de l'urobilinogène fécal peu après la cessation de l'ictère, sans qu'il y ait augmentation concomitante de l'urobilinogène urinaire. La diminution du rapport urobilinogène fécal-urobilinogène urinaire indique en pareil cas l'existence d'altérations hépatiques.

P.-L. Marie.

L. Leiter. ***Œdème expérimental de type néphrosique*** (*Archives of internal Medicine*, t. XLVIII, n° 1, Juillet 1931). — L. a réussi à provoquer régulièrement de l'œdème chez le chien par soustraction quotidienne d'une grande quantité de plasma sanguin (plasmaphérèse), d'où résulte un abaissement des protéines du plasma. La diminution des protéines du plasma a pour conséquence de faire tomber la pression osmotique exercée par ces protéines au-dessous de la pression capillaire, ce qui permet au liquide de passer dans les tissus à travers les capillaires. Le point critique pour la production de l'œdème lorsqu'on abaisse ainsi la teneur du sang en protéines est de 3 pour 100. Dès qu'on cesse de soustraire du plasma, les protéines du plasma remontent rapidement et l'œdème disparaît promptement, en même temps que se produit une diurèse abondante. La perturbation dans l'équilibre hydrique semble être surtout l'expression d'une rupture temporaire de l'équilibre normal entre la pression hydrostatique intra-capillaire (forces de filtration) et la pression osmotique des protéines du plasma (forces de réabsorption). Ce trouble ne dépend pas primitivement de facteurs cardiaques, rénaux ou capillaires.

La teneur très peu élevée en protéines de la sérosité œdémateuse résultant de la soustraction du plasma prouve qu'il s'agit là d'un œdème de type néphrosique, analogue aux transsudats du mal de Bright, de l'œdème de guerre et d'autres hydropisies accompagnant certains troubles de la nutrition, alors que tous les œdèmes expérimentaux produits jusqu'ici, très riches en protéines, avaient le caractère d'œdèmes inflammatoires de type exsudatif, liés presque toujours à des altérations des capillaires. Ce taux si peu élevé des protéines est exactement du même ordre que celui que l'on rencontre dans les œdèmes des malades atteints de néphrose et dans le liquide céphalo-rachidien normal ou dans les ultra-filtrats du plasma.

L'étude de la régénération des protéines du plasma chez les chiens soumis à la plasmaphérèse a confirmé les travaux antérieurs de Whipple et montré que la globuline se reforme avant l'albumine, ce qui explique peut-être l'inversion du rapport albumine-globuline en clinique et chez les animaux d'expérience.

Le cholestérol du sang tend à diminuer lorsqu'on pratique de larges soustractions répétées de plasma. Avec la cessation des saignées, il augmente en général pour atteindre parfois des valeurs de beaucoup supérieures à la normale. Toutefois, il s'est agi là d'un phénomène passager, ne rappelant aucunement l'hypercholestérolémie intense et permanente de la néphrose de l'homme.

L'étude histologique des reins n'est pas venue étayer l'opinion émise par Barker et Kirk, qui prétendent que l'hypoprotéinémie aboutit au petit rein contracté. Les lésions rénales constatées sont banales et peu significatives. L'erreur de Barker et Kirk vient d'abord de ce qu'ils ont méconnu la possibilité et la fréquence des reins contractés spontanés chez les chiens et ensuite de ce qu'ils ne se sont pas aperçus du manque absolu de ressemblance entre les prétendues lésions rénales de la plasmaphérèse et les modifications histologiques du rein chez les malades atteints de néphrose. En présence de cette confusion, il devient évident que l'œdème de type néphrosique, réalisé chez le chien, n'est pas du tout la même chose que la néphrose expérimentale; celle-ci n'a pas encore été reproduite jusqu'ici.

Il est à noter que dans ses expériences, L. a pu éliminer jusqu'à un certain point le rôle du jeûne, ainsi que celui du sel et de l'eau administrés par la sonde gastrique.

P.-L. Marie.

M. T. Burrows. ***La poliomyélite est-elle une affection du système lymphatique?*** (*Archives of internal Medicine*, t. XLVIII, n° 1, Juillet 1931). — B. qui a eu l'occasion d'étudier en 1916 l'épidémie de Baltimore et de pratiquer de nombreuses autopsies dans d'excellentes conditions, mettant en parallèle la symptomatologie et les constatations nécropsiques, en arrive à conclure que la poliomyélite est une affection du système lymphatique, et non une maladie primitive du système nerveux central.

En effet, dans tous les cas mortels, on trouve une hyperplasie lymphoïde généralisée, prédominant au niveau des plaques de Peyer, des follicules clos de l'intestin et des ganglions mésentériques. Dans tous ces cas, la maladie avait débuté par des troubles gastro-intestinaux accompagnés de fièvre et de céphalée, et la mort n'était pas le fait de phénomènes toxiques, mais de l'atteinte du centre

respiratoire. La porte d'entrée de l'infection demeure inconnue, mais les recherches anatomo-cliniques indiquent qu'elle siège au niveau des lymphatiques intestinaux. Il existe toujours des symptômes gastro-intestinaux tandis que les signes pharyngés sont exceptionnels. L'infection se propage ensuite aux tissus lymphatiques voisins de l'organisme. Si elle reste limitée comme dans les cas bénins, la guérison et l'immunité en résultent. Chez les sujets moins résistants, l'infection se propage et gagne l'appareil lymphatique du système nerveux central. A cet égard, l'affection ressemble aux autres maladies infectieuses, à la streptococcie par exemple, qui peut donner une simple angine ou une bronchopneumonie mortelle, selon l'extension de l'infection.

L'étude des lésions du système nerveux montre qu'il n'est pas primitivement atteint. Ses altérations sont secondaires à celles qui existent dans les vaisseaux lymphatiques du tissu nerveux, comme le montrent à l'évidence les pièces provenant de sujets morts après quelques jours seulement de maladie.

L'apparition de cas situés très loin les uns des autres, dont on a voulu faire un caractère spécial de la poliomyélite, n'est en réalité qu'une apparence. Ces cas ne représentent qu'une complication rare d'une infection largement répandue, mais vis-à-vis de laquelle beaucoup de sujets présentent une résistance frappante.

A la lumière de ces faits, B. estime que la dénomination de paralysie infantile doit disparaître et être remplacée par celle d'hyperplasie lymphatique aiguë, le nom de poliomyélite ne désignant que certains cas rares existant à un moment donné dans une collectivité.

Par ailleurs, on voit combien nos méthodes actuelles de prophylaxie sont insuffisantes. Il faut évidemment songer à une méthode de vaccination permettant de renforcer la résistance des collectivités. P.-L. Marie.

S. A. Shelburne et **W. C. Egloff.** ***Œdème expérimental*** (*Archives of internal Medicine*, t. XLVIII, n° 1, Juillet 1931). — Les recherches, tant expérimentales que cliniques, de ces dernières années, tendent à établir le bien-fondé de l'hypothèse de Starling, à savoir que les échanges d'eau entre le sang et les liquides tissulaires à travers la paroi des capillaires sont déterminés par un équilibre délicat entre la pression hydrostatique dans les capillaires et la pression osmotique des protéines du plasma. Leiter, Barker et Kirk ont déjà pu réaliser des œdèmes expérimentaux en abaissant les protéines du plasma chez le chien. Cliniquement, on sait depuis longtemps que dans certaines variétés de néphropathies les protéines du plasma, et surtout l'albumine, sont diminuées.

Comme Leiter, S. et E. ont employé la soustraction élective du plasma (plasmaphérèse) pour produire l'œdème expérimental, dans le but d'étudier l'influence des électrolytes sur l'œdème. On donne aux chiens une ration carencée en protéines, mais bien ajustée quant aux graisses et aux hydrates de carbone, pour éviter la réaccumulation des protéines du plasma. Or, en étudiant l'effet de ce régime chez un chien-témoin non soumis à la soustraction de plasma, S. et E. ont vu au bout de trois mois de l'œdème apparaître avec la chute des protéines du plasma dès qu'on lui donnait par la sonde gastrique de grandes quantités d'eau et de sel. Ils ont pu ainsi étudier parallèlement l'action des différents sels sur cet autre type d'œdème expérimental.

Que l'œdème ait été déterminé par la simple privation de protéines dans le régime ou par la plasmaphérèse, ils constatèrent la similitude des caractéristiques chimiques (absence d'azotémie, hypercholestérinémie passagère, inversion du rapport albumine-globuline), cliniques (production d'œdème et d'ascite dès que les protéines tombaient au-dessous de 3 pour 100, absence d'albuminurie, de cylindrurie et de signes d'insuffisance rénale) et anatomo-pathologiques (dégénérescence graisseuse des tubes collecteurs et de la partie terminale des tubes contournés sans lésions de glomérulo-néphrite).

Chez tous ces animaux présentant un abaissement constant du taux des protéines du plasma, les sels de sodium (chlorure, bicarbonate) provoquèrent l'augmentation des œdèmes, à l'inverse du chlorure de potassium. C'est là une nouvelle preuve quo l'ion Na exerce une plus grande influence sur l'œdème que l'ion Cl. S. et E. estiment qu'en présence d'un abaissement donné des protéines du plasma, le degré de l'œdème est déterminé par la quantité d'ion Na administrée.

D'autre part, l'étude des rapports entre l'œdème et le pouvoir d'excrétion du rein pour les chlorures leur a montré que, contrairement à l'opinion qui veut que le rôle du NaCl dans la production de l'œdème tienne à l'excrétion insuffisante par le rein des ions Na ou Cl, les reins de leurs chiens se montraient capables de bien excréter, tout au moins l'ion Cl, pendant les périodes d'œdème. P.-L. Marie.

I. Bram. ***Le salicylate d'ésérine dans le traitement du goitre exophtalmique*** (*Archives of internal Medicine*, t. XLVIII, n° 1, Juillet 1931). — B. pense que toute méthode capable de diminuer la sympathicotonie, soit directement, soit en stimulant le vague, doit occuper une place importante dans le traitement du goitre exophtalmique. A cet égard, l'ésérine lui a donné des résultats très satisfaisants.

Il a employé chez 200 malades le salicylate d'ésérine pendant dix semaines, à la dose de 2 milligr., associé à 0 gr. 30 de sulfate de quinidine, trois fois par jour. Chez la moitié des patients, le bénéfice obtenu fut très encourageant et semble devoir être durable. Chez un quart d'entre eux les résultats, tout en étant nets, ne furent que passagers. Enfin chez le dernier quart aucune amélioration ne se montra.

Sauf chez 5 sujets, qui présentaient une diarrhée persistante, la médication fut bien supportée. Les résultats les plus satisfaisants furent constatés d'abord aux âges extrêmes (moins de 14 ans et plus de 50), puis chez les malades voisins d'une rémission qui avaient eu une ou plusieurs crises, dans les formes chroniques ou prolongées de goitre exophtalmique, chez les malades ayant un taux de métabolisme basal inférieur à + 40 pour 100, chez ceux qui présentaient une exophtalmie prononcée ou de l'arythmie cardiaque et particulièrement de la fibrillation auriculaire.

Le premier effet noté fut une amélioration du côté des signes cardiaques. A la diminution de la tachycardie succéda l'amélioration du taux du métabolisme basal et des autres symptômes. L'exophtalmie fut heureusement influencée dans de nombreux cas chroniques et rebelles. L'action de l'ésérine fut particulièrement satisfaisante dans quelques cas de récidive post-opératoire accompagnée d'exophtalmie très prononcée. P.-L. Marie.

R. L. Lévy et **R. L. Moore.** ***Les injections paravertébrales d'alcool dans les cardialgies*** (*Archives of internal Medicine*, t. XLVIII, n° 1, Juillet 1931). — L. et M. ont pratiqué des injections paravertébrales d'alcool et de procaïne (5 cmc de solution de procaïne à 1 pour 100, puis dix minutes après 5 cmc d'alcool à 80°), chez 9 malades atteints de sclérose coronarienne pour la plupart et présentant des douleurs angineuses rebelles aux diverses thérapeutiques essayées. Après avoir rapporté leurs observations, ils passent en revue de façon critique 57 autres cas analogues où ce traitement fut employé pour combattre la cardialgie. Sur 49 observations utilisables, on trouve que 51 pour 100 des malades ont vu cesser complètement ou presque leurs douleurs; 34 pour 100 ont été améliorés; chez 15 pour 100 on relève un échec. Certains malades n'eurent qu'une amélioration légère et temporaire; chez d'autres, le résultat fut étonnamment bon. Dans 1 cas de L. et M., la disparition complète des douleurs dure depuis seize mois.

La technique que décrivent L. et M. est simple, mais elle demande une certaine habileté qui s'acquiert par l'expérimentation sur le cadavre.

A la suite de l'injection, la majorité des patients de L. et M. ont présenté de l'hyperesthésie pénible de la paroi thoracique et des douleurs de névrite intercostale dans le territoire nerveux où l'injection avait été pratiquée. Parfois l'état douloureux a duré jusqu'à six semaines, et l'on ne voit guère malheureusement quoi faire pour l'éviter. Beaucoup de malades ont eu, après l'injection, de la fièvre durant de quelques jours à une semaine. Chez 2 de leurs patients, L. et M. ont constaté un épanchement pleural du côté injecté.

Un syndrome de Cl. Bernard-Horner a été noté chez 7 malades à la suite de l'injection paravertébrale d'alcool. Tout en indiquant que l'on a atteint les rameaux dorsaux supérieurs du sympathique, ce phénomène ne permet pas de préjuger du succès final. Il tend à disparaître au cours des semaines ou des mois suivants.

En somme, l'injection paravertébrale d'alcool offre des perspectives assez encourageantes de soulager les malades présentant des douleurs paroxystiques d'origine cardio-aortique. Toutefois, il faut encore attendre qu'un plus grand nombre de cas aient été traités et aient été suivis pendant un temps plus long, avant d'émettre un jugement définitif sur cette méthode. Actuellement elle ne doit être mise en œuvre qu'après échec des autres thérapeutiques consciencieusement appliquées. Elle est relativement sûre et ne semble pas avoir causé de décès; elle a une base physiologique solide et est moins dangereuse que la résection du sympathique cervical. Mais il ne faut pas oublier que cette thérapeutique est purement symptomatique et n'influence en rien les lésions causales. Il faut même prévenir les malades chez lesquels la douleur servait de signal avertisseur contre le surmenage physique, afin qu'ils ne dépassent pas leur capacité fonctionnelle cardiaque, si l'on a réussi à supprimer leurs douleurs par l'intervention.

P.-L. Marie.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

A. et **E. Groenberg.** ***L'urobilinurie dans les maladies aiguës des voies respiratoires*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXVI, n° 1-2, 12 Juin 1931). — Les auteurs ont employé la méthode de Salén, basée sur les dilutions, pour évaluer l'urobiline dans les urines de 24 heures. Bien qu'ayant constaté que, dans les cas considérés, les courbes d'élimination de l'urobiline sont à peu près parallèles, que l'on choisisse la concentration de l'urobiline ou la quantité totale excrétée en 24 heures, c'est cette dernière valeur qu'ils ont préféré prendre. Avec cette méthode relativement sensible, cette valeur atteint normalement 100.000.

Ils ont trouvé chez 15 jeunes matelots de la marine suédoise, atteints de maladies aiguës des voies respiratoires (angines, bronchites, pneumonies), une augmentation de l'urobilinurie pendant le stade fébrile et parfois pendant la convalescence. La comparaison de la courbe de l'urobilinurie avec celles de la température, du pouls et de la sédimentation des hématies montre que la détermination quantitative systématique de l'urobiline peut à bon droit prendre rang parmi les autres méthodes usuelles d'investigation clinique.

Dans un cas de pleurésie séro-fibrineuse pris comme témoin, il est intéressant de constater que, malgré l'élévation de la température et l'accélération du pouls, l'urobilinurie était normale.

La cause de l'urobilinurie exagérée chez ces malades n'est pas encore élucidée. La destruction des globules rouges doit jouer un rôle prépondérant et la nature de l'infection paraît intervenir largement dans la destruction sanguine. Mais on peut invoquer aussi des lésions infectieuses du foie et des troubles de la circulation hépatique.

P.-L. Marie.

J. Tillgren et **N. Sundgren**. ***Trois cas d'hyperthyroïdie artificielle, traités par le Lugol*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXVI, n° 1-2, 12 Juin 1931). — Après avoir souligné les bons effets habituels du traitement prolongé des états d'hyperthyroïdie par la solution de Lugol, T. et S. relatent trois cas d'hyperthyroïdie artificielle qui furent très heureusement modifiés par cette thérapeutique.

La première malade, très complexe en raison de la bronchite, de la myocardite, de la fébricule vespérale et de l'achylie gastrique associées, présentait des symptômes basedowiens assez atypiques. Un premier traitement par le Lugol fut suivi d'une amélioration rapide et persistante de l'état général et d'un retour du métabolisme basal à la normale, prouvant que l'hyperthyroïdie était bien le facteur principal responsable de l'état morbide. Une nouvelle confirmation en fut fournie par un traitement thyroïdien intempestif institué par un médecin, qui provoqua des symptômes aigus de thyrotoxicose dont triompha un nouveau traitement par le Lugol. La thyroïdectomie faite ultérieurement confirma le diagnostic. Cette observation montre l'utilité d'un traitement d'épreuve par le Lugol.

La seconde malade, une femme de 45 ans, grande obèse depuis la puberté, avait présenté, à 40 ans, des signes basedowiens que fit disparaître la radiothérapie. Mais l'obésité alla ensuite en s'accroissant; des troubles cardiaques se montrèrent accompagnés de quelques symptômes de diabète. Le régime de réduction restant impuissant, on fit un traitement thyroïdien prudent et prolongé. Le poids diminua beaucoup, mais le métabolisme basal s'éleva progressivement, malgré la suppression de la médication thyroïdienne, et des signes de plus en plus marqués d'hyperthyroïdie se manifestèrent en même temps que le poids diminuait de façon inquiétante (perte de plus de 50 kilogr.). L'administration de Lugol amena dès le 6e jour une reprise continue du poids et fit baisser le métabolisme.

Le 3e cas est un autre exemple d'hyperthyroïdie artificielle chez un homme de 40 ans qui s'était mis à engraisser rapidement et chez lequel le Lugol améliora promptement les symptômes d'intoxication thyroïdienne.

P.-L. Marie.

K. Lindberg (Helsingfors). ***Un cas de périartérite noueuse*** (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXVI, n° 1-2, 12 Juin 1931). — Il s'agit ici d'une fillette de 15 ans, non encore pubère, qui, quatre ans auparavant, avait présenté à deux reprises différentes, séparées par un intervalle de quatre mois, des symptômes rappelant ceux de l'affection actuelle. En Juin 1930, à la suite d'une plaie infectée du pied, la malade commença par avoir de la fièvre et des douleurs articulaires. Celles-ci disparurent au bout d'une semaine et furent remplacées par des myalgies localisées aux jambes. La fièvre persistait et l'amaigrissement s'accentuait. Vers la mi-Juillet se montrèrent par poussées de petits nodules sous-cutanés, gros tout au plus comme une lentille, recouverts par une peau légèrement rouge, sensibles à la pression et siégeant surtout aux membres, bien que le tronc ne fût pas épargné. La malade, anémiée et très amaigrie, entra à la fin d'Août à l'hôpital. Elle présentait alors un certain nombre d'infiltrations sous-cutanées disséminées au niveau des jambes, un état subfébrile, avec un pouls entre 100 et 120, une leucocytose à 16.000 avec polynucléose, un taux d'hémoglobine de 50 pour 100. Les cultures du sang et de l'urine demeurèrent négatives. La malade était dans cet état depuis 15 jours, lorsqu'elle commença à s'améliorer : le poids augmenta et l'anémie disparut, de même que la fièvre, la tachycardie et la leucocytose. Cependant, de nouveaux nodules sous-cutanés se montraient encore de-ci de-là. Une biopsie montra qu'il s'agissait de périartérite noueuse. Un petit groupe des artères sous-cutanées étaient atteintes, mais toutes les branches de ce groupe présentaient des altérations plus ou moins profondes. La réaction la plus intense s'observait au niveau de la partie externe de la media et de la région interne de l'adventice. Fait curieux, on trouvait, par places, parmi les cellules inflammatoires, des foyers de polynucléaires éosinophiles. Vers la mi-Novembre, une rechute se produisit, accompagnée d'une nouvelle poussée de nodules sous-cutanés, surtout à la face postérieure des membres inférieurs, d'une fièvre modérée et d'une tachycardie peu en rapport avec la température. Le poids, l'hémoglobine et les leucocytes se modifièrent peu. Vers le milieu de Décembre, se produisit une amélioration qui fit bientôt place à une guérison apparente qui dure jusqu'ici. A aucun moment, on ne trouva de signes pouvant faire penser à une atteinte viscérale.

L. a rassemblé 20 autres cas de périartérite noueuse avec nodules sous-cutanés. Leur étude montre que l'évolution dans un tiers de ces cas a été bénigne, plusieurs cas paraissant avoir guéri d'une façon durable, et cela, semble-t-il, parce que les viscères avaient été relativement épargnés. On peut se demander s'il n'existe pas de tels cas de périartérite noueuse dont le diagnostic exact n'est jamais posé.

L. envisage ensuite les différentes hypothèses que l'on peut faire en ce qui concerne l'étiologie. Il peut fort bien s'agir ici d'une récidive de périartérite noueuse survenue au bout de 4 ans. S'il en est bien ainsi, on serait tenté de penser que des agents toxi-infectieux non spécifiques, identiques ou différents, ont déclanché des réactions hyperergiques chez un sujet ayant des artères cutanées présentant une prédisposition spéciale. On pourrait croire qu'il existe là une méiopragie constitutionnelle et que le retard physique général de cette malade a été déterminé par elle. De même, le fait que toutes les branches appartenant à un petit groupe d'artères cutanées présentaient des lésions de leurs parois semble indiquer un état d'hyperergie au niveau de ce groupe d'artères.

P.-L. Marie.

E. Lundberg et **S. Thyselius-Lundberg**. ***Recherches sur le mécanisme régulateur endocrinien; influence du tabac à fumer sur le sucre sanguin*** (*Acta medica Scandinavica*, supplément XXXVIII, 1931). — Dans la première partie de ce mémoire L. et T. étudient l'action immédiate sur la glycémie de l'acte de fumer du tabac. Ils ont expérimenté tant chez des sujets sains que chez des diabétiques, employant des cigares et des cigarettes, les essais étant faits de manière continue ou discontinue. La quantité de tabac utilisée pour chaque essai oscilla entre 0 gr. 45 et 1 gr. Les expériences furent faites chez des fumeurs et chez des non-fumeurs, sur des hommes et sur des femmes.

Ils ont constaté qu'immédiatement après que le sujet a commencé à fumer, sa glycémie s'élève rapidement et d'une façon si accusée que le taux du sucre sanguin peut dépasser de 50 pour 100 le niveau initial. Le maximum se trouve atteint en général tandis que le sujet continue encore à fumer, puis la glycémie s'abaisse, un peu plus lentement qu'elle ne s'était élevée, si bien que d'ordinaire elle revient en une demi-heure à son niveau normal. Le tabac privé de nicotine ne détermine pas de réaction semblable. Il est probable que cette réaction est causée essentiellement par une sécrétion exagérée de l'adrénaline. Kousnetzoff a démontré expérimentalement en effet l'hypersécrétion adrénalinique déterminée par la nicotine à très faible concentration.

Dans la seconde partie de ce travail, L. et T. discutent les conclusions qu'on est en mesure de tirer de la comparaison de l'action du tabac chez les différents sujets et sous des modalités d'expérimentation diverses en ce qui concerne l'équilibre endocrinien.

L'élévation maximum de la glycémie semble dépendre de l'équilibre endocrinien existant chez le sujet en expérience. Ce maximum est moins élevé lorsque l'équilibre endocrinien est parfait, plus élevé au contraire, lorsque intervient un facteur troublant l'état d'équilibre endocrinien. Ainsi, par exemple, la consommation d'une cigarette représente un tel facteur de trouble; c'est ce qui explique qu'un sujet réagit par une élévation plus forte de sa glycémie à une seconde épreuve qu'à la première faite peu avant.

L'existence de troubles du métabolisme d'origine diabétique se manifeste également par la constatation d'une réaction plus brutale de la glycémie à l'égard de la nicotine que celle qu'on observe chez le sujet normal. Au cours du traitement d'un diabétique, on peut suivre l'état du trouble du métabolisme dans son ensemble en se basant sur les maxima constatés à la suite de la consommation de tabac. Tant que le trouble du métabolisme du malade se manifeste encore par l'élimination de sucre et d'acétone, le sujet réagit au tabac par une hyperglycémie maximum plus élevée qu'au moment où ces substances ont disparu de l'urine. Ces recherches montrent également qu'il faut discuter la question de savoir si l'on doit permettre à un diabétique l'usage du tabac et à quel moment on peut l'autoriser à fumer.

P.-L. Marie.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Varsovie)

M. Kusiak. ***Rupture spontanée de la rate au cours de la malariathérapie de la paralysie générale*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. X, n° 17, 26 Avril 1931). — K. rapporte l'observation d'un homme de 35 ans atteint de paralysie générale et soumis à la malariathérapie. Le malade avait subi 10 accès fébriles sans aucun incident alarmant avec un très bon état général et une légère hypertrophie de la rate. Au cours du onzième accès, le malade est mort avec des signes d'hémorragie interne. Il n'y avait eu aucun traumatisme. A l'autopsie, on a constaté qu'il s'agissait d'une rupture de la rate, légèrement hypertrophiée, avec hémorragie péritonéale consécutive, sans lésions parenchymateuses. Il s'agissait donc d'une rupture spontanée de la capsule de la rate qui n'avait pas pu s'adapter à la tension intraparenchymateuse. La rareté de cet accident au cours du traitement de paralysie générale par la malaria ne permet pas de tirer de conclusion, ni au sujet de l'âge des malades soumis au traitement, ni au sujet de l'évolution du processus infectieux du paludisme.

Fribourg-Blanc.

Stéphan Lesniowski. ***Polioencéphalite consécutive à la vaccination antirabique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. X, n° 22, 31 Mai 1931). — L. rapporte l'observation d'un jeune étudiant de 18 ans qui fut mordu par un chien, qu'on croyait enragé. Bien que les renseignements recueillis au sujet de l'animal se soient montrés négatifs, le jeune

homme subit les injections préventives de vaccin antirabique. Huit jours après la fin du traitement éclatèrent des accidents cérébraux avec fièvre et des signes généraux graves. La période aiguë se prolongea pendant dix jours, ensuite les signes allèrent en régressant progressivement pendant trois mois.

Les symptômes présentés par le malade prouvaient une atteinte de la substance grise de l'encéphale localisée à la limite du mésencéphale et du diencéphale (ptosis, diplopie, hypersomnie). Les lésions atteignaient la partie postérieure de la protubérance, ce qui se traduisait en clinique par une paresthésie dans le territoire du trijumeau et une paralysie du facial gauche. Un nystagmus et un signe de Romberg traduisaient également l'atteinte du névraxe. La lésion encéphalique était confirmée également par des signes de localisations focales des noyaux gris centraux (troubles des nerfs oculo-moteurs, nystagmus, somnolence).

D'après la nature de la maladie, il s'agissait assurément d'un processus inflammatoire.

Au point de vue étiologique, cette polio-encéphalite supérieure et inférieure ne peut être rattachée qu'à la vaccination antirabique. D'une façon générale, le pronostic de ces atteintes encéphalitiques est essentiellement favorable. Mais il faut en excepter tous les processus aigus de paralysie ascendante du type Landry qui doivent toujours être considérés comme des accidents atypiques dus à la rage et, par suite, doivent être définitivement exclus du groupe des accidents vaccinaux.

Dans d'autres cas d'accidents ayant éclaté en rapport avec la vaccination antirabique, de même que dans certains cas d'accidents apparus à la suite de la vaccination jennérienne, on peut rechercher l'origine de ces manifestations pathologiques dans la réactivation des virus neurotropes latents, entre autres de celui de l'encéphalite épidémique, et dont l'action est devenue possible grâce aux troubles apportés par la vaccination dans les pouvoirs défensifs de l'organisme. FRIBOURG-BLANC.

L. Stanislas Bruckner. ***Kystes gazeux de l'intestin*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. X, n° 26, 28 Juin 1931). — Un homme de 24 ans, sans antécédents pathologiques mais légèrement asthénique, présente depuis un an et demi des crises de constipation. Ces crises douloureuses sont transitoires et ont pour siège d'élection la fosse iliaque droite. Les deux dernières crises s'accompagnent de fièvre aux environs de 39°6. On pose le diagnostic d'appendicite et on décide l'intervention. A l'opération, on constate que l'appendice un peu long est entièrement normal, mais on a la surprise de constater que le cæcum, légèrement dilaté avec des parois infiltrées, est couvert de nombreux petits kystes gazeux transparents d'une taille variant du volume d'une lentille à celle d'un petit pois. Les kystes sont généralement pédiculés. Aucun épanchement péritonéal, mais il existe de nombreuses adhérences cæcales. A ce niveau également le péritoine est irrégulièrement épaissi.

Appendicectomie et suture sans drainage. Cicatrisation normale. En dehors de cet aspect inaccoutumé du cæcum, on a trouvé chez le malade de l'hypotonie avec ptose gastrique et une colite du cæcum ascendant.

L'étiologie de cette affection rare est des plus obscures. Deux théories: une mécanique, l'autre inflammatoire, ont leurs partisans. B. pense que, sans refuser à donner raison à la théorie mécanique, il ne faut pas éliminer l'étiologie microbienne et inflammatoire et que cet élément peut jouer dans certains cas un rôle prépondérant.

Le diagnostic différentiel de cette curieuse affection est très difficile, impossible même, et elle est habituellement une révélation opératoire ou de l'autopsie. En clinique, elle se présente sous forme d'une pseudo-appendicite, de péritonite ou d'occlusion intestinale.

Le pronostic, bénin pour certains auteurs, paraît être en réalité plus sombre en raison des risques opératoires auxquels il expose le malade.

Au point de vue thérapeutique, B. propose l'actinothérapie. FRIBOURG-BLANC.

J. Kostrzewski, H. Przybylska, Z. Godlowski. ***Etude sur l'albumine du sang*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. X, n° 38, 20 Septembre 1931). — Dans l'étude du sang on s'occupe relativement peu de l'albumine. K., P. et G. s'attachent surtout à l'étude des variations quantitatives de l'albumine. Ils étudient d'abord le rapport de l'albumine du sérum avec les globules rouges sous l'influence de la constriction d'un membre par un garrot. Une technique minutieusé et contrôlée met les résultats des expériences à l'abri des causes d'erreurs possibles. Ces expériences indiquent que, souvent et sous l'influence de conditions diverses, il existe des oscillations contradictoires dans l'évaluation quantitative de l'albumine et des globules rouges. Il n'y a pas de rapport entre la quantité des liquides ingérés et la dilution du sang consécutive aux repas. L'influence des divers facteurs se répercute plus facilement sur la quantité d'albumine que sur le nombre des hématies.

Pour apprécier la pression osmotique, K., P. et G. se servent de l'osmomètre de Govaerts. La concordance des résultats de ces recherches est subordonnée à l'aplication très rigoureuse de la technique. Dans le but de faciliter les manipulations avec l'osmomètre, les auteurs ont inventé un dispositif spécial de support pour l'appareil. Les résultats des expériences prouvent qu'il n'existe pas de rapport strict entre la quantité de l'albumine et la pression osmotique. Cependant, les conclusions ne peuvent pas encore être considérées comme absolues en raison du nombre relativement restreint des expériences. K., P. et G. les mentionnent actuellement surtout en raison du dispositif qu'ils ont ajouté à l'appareil de Govaerts. FRIBOURG-BLANC.

M. Szajna. ***Traitement de la pneumonie lobaire par les injections intraveineuses d'une solution d'alcool éthylique et de glucose*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. X, n° 38, 20 Septembre 1931). — S. donne une interprétation différente de l'action bienfaisante des injections d'alcool éthylique sur les processus purulents pulmonaires préconisées par Landau, Fejgin et Bauer (*Pol. Gaz. Lek.*, t. X, n° 11, 1931). Il attribue cet effet, non pas à l'action bactéricide de l'alcool, mais à celle du CO^2 produit par la combustion de l'alcool et éliminé en grande quantité par le poumon malade. En partant de cette thèse, S. prépare sa solution d'alcool éthylique à 33 pour 100, non pas avec de l'eau, mais avec une solution de dextrose à 40 pour 100, ce qui permet d'augmenter sensiblement la quantité de CO^2 éliminée par la respiration. Une seule injection intraveineuse de 50 cmc de ce mélange est suffisante, elle produit la chute thermique et l'amélioration de l'état général. 23 observations confirment ces résultats. S. rapporte les détails de 2 d'entre elles particulièrement démonstratives; une où le traitement a été appliqué le premier jour de la maladie, l'autre au troisième jour. La façon précipitée de déterminer la résolution de la pneumonie constitue un indice diagnostique, car elle donne la signature d'une pneumonie franche, le traitement restant sans effet dans d'autres affections telles que la pneumonie caséeuse ou la fièvre typhoïde.

Le traitement par injections intraveineuses d'alcool éthylique laisse espérer une heureuse influence sur l'action d'autres substances en thérapeutique, car il possède la propriété d'influencer la perméabilité des parois cellulaires et pourra faciliter ainsi la pénétration d'autres substances pour lesquelles la paroi serait imperméable. FRIBOURG-BLANC.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE (Varsovie)

J. Fliederbaum. ***Recherches sur l'influence des troubles de la régulation acido-basique sur la formation des œdèmes*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, t. VIII, n° 15, 9 Avril 1931). — Etude de la pathogénie des œdèmes et de l'influence des acides et des bases sur les échanges hydriques comportant trois parties: 1° L'étude de l'acidose et de l'alcalose expérimentales chez les malades ayant des œdèmes; 2° L'étude de l'influence exercée par l'acidose et l'alcalose de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané sur leur prédisposition aux œdèmes; 3° L'étude de l'influence exercée par les acides et les bases sur les échanges hydriques de l'organisme.

F. conclut que: 1° Les malades ayant des œdèmes ont tendance à retenir dans les tissus les acides et les bases. La rétention des acides est primitive, la rétention des bases secondaire par une sorte de réaction de neutralisation; 2° l'acidose locale de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané augmente l'hydrophylie, contrairement à l'alcalose qui la diminue; 3° les acides augmentent et les bases diminuent les œdèmes et la rétention de l'eau dans l'organisme des malades ayant des œdèmes.

F. remarque que, chez l'individu normal, les acides augmentent la sécrétion urinaire et ont une action anti-œdémateuse. Mais si, à la suite des altérations circulatoires ou des changements endotoxiques, l'élimination des produits acides de l'organisme se fait mal, ils sont éliminés dans le tissu conjonctif qui possède des affinités pour eux. Les œdèmes et la rétention des bases surviennent secondairement. La rétention chlorurée de Widal et la rétention sodique de Blum dans ces œdèmes doivent être envisagées comme conséquence de la plus grande affinité des tissus pour les anions et les cations.

L'acidose circulatoire donne une tendance manifeste à l'oppression, car les acides du sang irritent le centre respiratoire. L'apparition de l'œdème diminue cette tendance en retenant une partie des acides du sang dans les tissus. FRIBOURG-BLANC.

VRATCHEBNOIE DELO (Kharkov)

E. A. Khrouscheva. ***Sur la spécificité de l'intradermo-réaction dans l'échinococcose*** (*Vratchébnoié Délo*, t. XIV, n°s 7-8, 1931). — Proposée en 1909, par Boidin et Laroche, pour le diagnostic de l'échinococcose, l'intradermo-réaction permet à K. de revenir sur la question déjà ancienne, grâce à un nombre relativement élevé de malades soumis à l'examen (90). Ainsi, il a été possible non seulement de confirmer une fois de plus la valeur du procédé relativement simple, mais d'attirer l'attention sur la nécessité d'étudier l'image leucocytaire, notamment en ce qui concerne l'éosinophilie.

L'antigène employé est constitué par le liquide prélevé dans une vésicule d'un animal malade. Filtré à travers une bougie Chamberland, le liquide de l'hydatide ne nécessite point l'emploi d'un désinfectant ou bien l'ébullition, l'un comme l'autre dans un but de stérilisation. Introduit dans le derme, à la dose de 0 cmc 1 ou 0 cmc 2, l'antigène, en cas de réaction positive, provoque la formation, après cinq minutes environ, d'une vésicule blanche, entourée d'îlots rouges qui finissent par se rencontrer et par former une seule zone.

L'intradermo-réaction, cet examen extérieur, comme le dit K., doit être complétée d'une investigation intérieure, c'est-à-dire d'une étude de l'éosinophilie. En effet, il y a lieu de conclure à une guérison clinique seulement dans le cas où le nombre des ésosinophiles ne se trouve plus augmenté. G. ICHOK.